

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**"CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS
CON DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE ABUSO SEXUAL"**

ANA VIRGINIA FLORES MORA

TESIS

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas.
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Pediatría
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Pediatría

Enero 2015.



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Ana Virginia Flores Mora

Carné Universitario No.: 100019976

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias en Pediatría, el trabajo de tesis **“Caracterización sociodemográfica de los pacientes pediátricos con diagnóstico confirmado de abuso sexual.”**

Que fue asesorado: Dr. Hilmar Larios Villagran

Y revisado por: Dr. Oscar Fernando Castañeda Orellana MSc.


Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para junio 2014.

Guatemala, 27 de mayo de 2014


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Ciudad de Guatemala, mayo de 2014.

**Doctora
Ana Marilyn Ortíz Ruiz de Juárez
Jefe de departamento pediatría
Hospital General de Enfermedades
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Presente.**

Dra. Ana Marilyn Ortíz Ruiz de Juárez :

Por este medio le envío el Informe Final de Tesis titulado:

**“CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS CON
DIAGNOSTICO CONFIRMADO DE ABUSO SEXUAL”**

Estudio descriptivo analítico, efectuado en niños y niñas menores de 12 años en consulta externa o área hospitalaria del Departamento de pediatría del Hospital General de Enfermedades, en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, del 01 de enero del 2008 al 30 de junio del 2012.

Pertenciente a la Doctora Ana Virginia Flores Mora; el cual ha sido revisado y aprobado para su presentación.

Sin otro particular, de usted deferentemente.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

**Dra. Hilmar Larios Villagrán
Pediatra Neonatólogo
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Asesor de Tesis**

Dra. Hilmar Larios Villagrán
Pediatria Neonatólogo
Colegiado No. 10303

Ciudad de Guatemala, mayo de 2014.

Doctor
Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc
Coordinador General
Programa de Especialidades Médicas
Escuela de Estudios de Postgrado USAC
Presente.

Dr. Ruiz Cruz:

Por este medio le envío el Informe Final de Tesis titulado:

**“CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS CON
DIAGNOSTICO CONFIRMADO DE ABUSO SEXUAL”**

Estudio descriptivo analítico, efectuado en niños y niñas menores de 12 años en consulta externa o área hospitalaria del Departamento de pediatría del Hospital General de Enfermedades, en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, del 01 de enero del 2008 al 30 de junio del 2012.

Perteneciente a la Doctora Ana Virginia Flores Mora; el cual ha sido revisado y aprobado para su presentación.

Sin otro particular, de usted deferentemente.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Oscar Fernando Castañeda
Coordinador Docente Maestría de Pediatría
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Revisor de Tesis

Dr. Oscar F. Castañeda Orellana MSc
MEDICO PEDIATRA
COLEGIADO No. 8,482

INDICE

INDICE DE GRAFICAS	i
INDICE DE CUADROS	ii
RESUMEN	iii
I. INTRODUCCION.....	1
II. ANTECEDENTES	
a. Clases de maltrato.....	4
b. Abuso sexual.....	6
c. Factores de riesgo de maltrato.....	6
d. Clasificación del niño maltratado.....	8
e. Características sociodemográficas de los niños con abuso sexual.....	11
f. Aspectos médicos del abuso sexual infantil.....	16
III. OBJETIVOS.....	40
IV. MATERIAL Y METODOS	
a. Tipo de estudio	41
b. Unidad de análisis.....	41
c. Población / muestra.....	41
d. Criterios de inclusión y exclusión	41
e. Definición y operacionalización de variables.....	
f. Técnicas, procedimientos e instrumentos.....	46
g. Aspectos éticos de la investigación.....	47
h. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	47
i. Alcances y límites.....	47
V. RESULTADOS	48
VI. DISCUSION Y ANALISIS DEL PROBLEMA.....	65
6.1 CONCLUSIONES.....	68
6.2 RECOMENDACIONES.....	70
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	71
VIII. ANEXOS.....	73

ÍNDICE DE CUADROS

SECCIÓN # 1 CONDICIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

CUADRO # 1	.....	46
CUADRO # 2	.....	47
CUADRO # 3	.....	48
CUADRO # 4	.....	49
CUADRO # 5	.....	51
CUADRO # 6	.....	52

SECCIÓN # 2 CONDICIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS PADRES DEL PACIENTE

CUADRO # 7	.....	54
CUADRO # 8	.....	55
CUADRO # 9	.....	56
CUADRO # 10	.....	57
CUADRO # 11	.....	59
CUADRO # 12	.....	61

ÍNDICE DE GRÁFICAS

SECCIÓN # 1 CONDICIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

GRÁFICA # 1	.....	46
GRÁFICA # 2	.....	47
GRÁFICA # 3	.....	48
GRÁFICA # 4	.....	50
GRÁFICA # 5	.....	51
GRÁFICA # 6	.....	53

SECCIÓN # 2 CONDICIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS PADRES DEL PACIENTE

GRÁFICA # 7	.....	54
GRÁFICA # 8	.....	55
GRÁFICA # 9	.....	56
GRÁFICA # 10	.....	58
GRÁFICA # 11	.....	60
GRÁFICA # 12	.....	62

RESUMEN

Para la realización de esta investigación, se planteó como objetivo principal, describir la caracterización sociodemográfica de los pacientes con diagnóstico confirmado de abuso sexual, durante el tiempo comprendido de enero del 2008 a junio del 2012. Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo analítico a través de un instrumento recolector, obteniéndose información de los expedientes médicos de los pacientes menores de 12 años que se evaluaron en consulta externa y área hospitalaria del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con diagnóstico confirmado de abuso sexual. De los 14 casos estudiados el 72% corresponden a niños que comprenden edades entre 2 y 4 años de edad, siendo en su gran mayoría de género femenino (86%), el lugar de residencia y procedencia es en su mayoría correspondiente al casco urbano, cuyas viviendas tienen una estructura adecuada y cuentan con todos sus servicios básicos. Los padres de los pacientes en su mayoría se encuentran entre los 21 y 25 años de edad, son alfabetas y escolaridad mayoritaria hasta diversificado. Representan familias de padres unidos (más del 50%) y en su mayoría afirman no tener ningún vicio.

I. INTRODUCCION

El abuso sexual infantil se define como el contacto o interacciones entre un niño y un adulto, cuando el primero se utiliza como estimulación sexual del segundo o de otra persona, aunque también puede cometerse por un menor de 18 años cuando es mayor que la víctima o cuando está en situación de poder o control sobre la víctima. ⁽¹⁾

Los niños y las niñas tienen por legislación derecho a disfrutar de un desarrollo integral adecuado a la etapa de crecimiento en que se encuentran: vivir la infancia y conocer un mundo lleno de posibilidades sanas, que les permita crecer tanto física como intelectualmente y no ser víctimas de una explotación sexual que sólo cierra su horizonte y limita su futuro.⁽¹⁾

Según Redondo, la incidencia real de abuso sexual infantil no se conoce debido a la baja declaración existente. Las cifras de abuso sexual dependen de la metodología de investigación utilizada es diferente estudiar la prevalencia que la incidencia, y actualmente no se han publicado estudios con una metodología clara de los cuales se obtengan datos fidedignos. ⁽²⁾

En España se atienden aproximadamente 11,000 delitos que se oponen a la libertad sexual, de las cuales 3,500 son delitos contra menores, suponiendo de acuerdo a estas cifras una incidencia anual del 0.5% de abuso sexual contra menores de 18 años y estimándose que únicamente se reporta el 10%. ⁽³⁾

Existe otro trabajo publicado en España de una unidad funcional de abuso a menores en el Hospital San Juan de Dios en el cual durante los primeros 100 meses se presentaron 704 casos de los cuales un 34% tuvo como vía de llegada la madre de la víctima, un 27% fue por sospecha del médico tratante, los servicios sociales 19%, juzgados 11% y un 7.3% de otras vías. La causa de descubrimiento fue en un 50% por relato de los niños, por indicios físicos en un 17%, en un 14% por cambios en el comportamiento, 11% por cambios conductuales a nivel social y el resto por descubrimiento durante el acto. ⁽⁴⁾

En un estudio Danés se encontró en 2003 una incidencia de 300 casos de los cuales 55 eran de abuso sexual, en una población de 111,000 niños de 0 a 17 años dando estas cifras una incidencia de 0.5 % de nuevos casos anuales. ⁽⁵⁾

El abuso sexual infantil es un crimen que sucede en la sociedad contemporánea con una enorme frecuencia. Se calcula que en Latino América una de cuatro niñas y uno de cada siete niños llega a experimentarlo. ⁽⁵⁾

Es importante anotar en este punto que no existe bibliografía que dé datos fidedignos acerca del abuso sexual en pacientes pediátricos a nivel Latinoamericano. Esta situación a pesar de que, en todos los países del mundo, en especial en los países en vías de desarrollo, la violencia sexual contra niñas y niños continúa ocurriendo cada día más.

En el departamento de Pediatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social zona 9 , Guatemala en el año 2007 fueron identificados 142 casos con sospecha de maltrato infantil. De los cuales un 10% está determinado por abuso sexual, de tal manera que representa un porcentaje considerable y que requiere un estudio más profundo.

De tal manera que ante la presencia de tan graves estadísticas y declaraciones el abuso sexual infantil es un problema actual y creciente que requiere de atención pronta y profesional para poder brindar a niños de todo el mundo un estilo de vida integral.

Se llevará a cabo un estudio descriptivo, en el departamento de pediatría del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. En dicho estudio se describirán las características sociodemográficas de los pacientes con diagnósticos confirmado de abuso sexual, que tomará en cuenta todos aquellos casos del 1 de enero del 2007 al 31 de junio del 2012, que sean evaluados y conocidos por el Comité de Prevención de maltrato infantil tanto en consulta externa como en el área hospitalaria.

En nuestro medio este tema no ha sido abordado con la suficiente profundidad, por lo que se ignoran desde datos básicos del problema como su caracterización sociodemográfica hasta aspectos como magnitud, efectos causales y las formas adecuadas del tratamiento.

Se tienen algunos datos estadísticos acerca del abuso sexual en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, dados por el Comité de Maltrato Infantil, quienes afirman que un 30% de los pacientes con algún tipo de maltrato infantil en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, pertenecen a abuso sexual, sin embargo no existen datos concluyentes acerca de este tema en nuestro instituto.

Muchos de estos niños agredidos sexualmente establecen su primer contacto en nuestros establecimientos de salud y los recursos humanos de estos para determinar su diagnóstico, tratamiento e informe oportuno. Sin embargo ni nuestras instituciones ni recurso humano está lo suficientemente preparado para el adecuado abordaje de este problema de índole.

Las repercusiones médicas y psicológicas de as agresiones sexuales, sobre todo cuando ocurre un embarazo, son de tales dimensiones que comprometen el futuro del menor ya que implica mayor riesgo por lo cual es necesario que el pediatra las considere en su práctica clínica y asuma un papel activo en su estudio y tratamiento. ⁽⁵⁾

Por lo anteriormente descrito, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal hacer una descripción sociodemografica de los pacientes con diagnostico confirmado de abuso sexual en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de enero del 2010 a junio del 2012.

II. ANTECEDENTES

Existen muchas definiciones para maltrato infantil. La elaborada por la OMS es: El abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro c tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.⁽²⁾

CLASES DE MALTRATO

El maltrato puede ser clasificado como físico, psicológico o emocional, sexual, explotación y negligencia-abandono.⁽⁷⁾

El abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Maltrato físico

Es toda forma de agresión no accidental infligida al menor producido por el uso de la fuerza física, incluyendo dos categorías:⁽⁷⁾

- a. Traumas físicos que producen lesiones severas entre las que se incluyen quemaduras, hematomas, fracturas, envenenamientos y otros daños que pueden llegar a causar la muerte, y
- b. Traumas físicos provocados por palmadas, sacudidas, pellizcos o prácticas similares que a pesar del daño psicológico, no constituyen un riesgo substancial para la vida del niño. El niño zarandeado es un tipo de maltrato infantil. Cuando se sacude fuertemente a los bebés, pueden presentarse secuelas severas como daño cerebral y aún la muerte.

El castigo físico es un tipo de maltrato usado por muchos padres como método de disciplina. La mayoría de las personas que golpean a sus hijos con la intención de corregirlos no son conscientes de que los golpes son poco eficaces para educar y que producen daño real o potencial sobre la salud, desarrollo, la dignidad y la

autoestima del niño. La mayoría de los padres ni siquiera se da cuenta que por culpa de los golpes que recibieron de sus progenitores, tienen conductas agresivas o dañinas para la sociedad. El uso regular del castigo físico como forma de disciplina es maltrato.

Maltrato psicológico o emocional

Es el daño que de manera intencional se hace contra las actitudes y habilidades de un niño. Afecta su autoestima, su capacidad de relacionarse, la habilidad para expresarse y sentir, deteriora su personalidad, su socialización y, en general, el desarrollo armónico de sus emociones y habilidades. Existen varias categorías de maltrato psicológico y emocional: ⁽⁷⁾

- a. Ignorar al niño, lo que hace referencia al niño fantasma. Sus emociones, ansiedades, miedos y necesidades afectivas son totalmente imperceptibles para sus padres o cuidadores.
- b. El rechazo por parte de los adultos de las necesidades, valores y solicitudes del niño.
- c. El aislamiento. Cuando el niño es privado de su familia y/o comunidad negándole la necesidad de contacto humano.
- d. El terrorismo. El que el niño está expuesto a ataques verbales y amenazas con objetos, creando un clima de miedo, hostilidad y ansiedad.
- e. La corrupción. Cuando el niño está expuesto a situaciones que transmiten y refuerzan conductas destructivas y antisociales, alterando de esta manera el desarrollo adecuado de conductas sociales.
- f. La agresión verbal, que es el uso continuo de una forma de llamar al niño de manera áspera y sarcástica. Día a día va disminuyendo su autoestima.
- g. La presión, que es la constante exigencia para lograr un desarrollo rápido esperando logros y aprendizajes a un nivel que no corresponde con su desarrollo neurológico ni mental. Este niño sentirá que nunca será lo suficientemente bueno.

Abuso sexual

El abuso sexual de menores consiste en la participación de un niño en una actividad sexual que no comprende plenamente, a la que no es capaz de dar un consentimiento, o para la que por su desarrollo no está preparado y no puede expresar su consentimiento, o bien que infringe las leyes o los tabúes sociales. El abuso sexual de menores se produce cuando esta actividad tiene lugar entre un niño y un adulto, o bien entre un niño y otro niño o adolescente que por su edad o desarrollo tiene con el una relación de responsabilidad, confianza o poder. La actividad tiene como finalidad la satisfacción de las necesidades de la otra persona. ⁽⁷⁾

Puede incluir diversas prácticas sexuales con o sin contacto físico tales como exhibicionismo, tocamientos, manipulación, corrupción, sexo anal, vaginal u oral, prostitución y pornografía.

Explotación

La explotación comercial o de otro tipo se refiere a la utilización de menores en el trabajo o en otras actividades en beneficio de otras personas. Esto incluye, aunque no se limite a ello, el trabajo infantil y la prostitución infantil. Estas actividades van en detrimento de la salud física y mental del niño, de su educación o de su desarrollo espiritual, moral o socio-emocional. ⁽⁷⁾

Abandono y trato negligente

Se produce abandono cuando en el contexto de los recursos razonablemente disponibles de la familia o los cuidadores, no se proporciona al niño lo necesario para su desarrollo en todas las esferas: salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, protección y condiciones de vida seguras. Como consecuencia de ello, se perjudica o se corre un alto riesgo de perjudicar la salud del niño o su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Cabe incluir aquí el hecho de no vigilar a los niños y no protegerlos de daños en la medida de lo posible. ⁽⁷⁾

FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO

Para una adecuada intervención, es fundamental conocer algunos factores de riesgo ya que predisponen a que se presente el maltrato. Algunos de los principales son ^(8,9)

Factores inherentes al niño

Niños no deseados, prematuros, bajo peso, con enfermedades crónicas, hiperactivos, etc. El discapacitado tiene mucho riesgo para ser maltratado y por lo tanto, se debe ser extremadamente cuidadoso en buscar signos en ellos. Usualmente, estos niños son irritables o por su discapacidad, no realizan la función que el adulto espera y son causa de frustración o culpabilidad en muchos padres o cuidadores, lo que lleva a maltratarlos.⁽⁸⁾

Factores inherentes a la familia

Padres jóvenes, familia monoparental, embarazo no deseado, exposición precoz a la violencia, abuso de sustancias, atención prenatal inapropiada, enfermedad física o mental, problemas relacionales, familia numerosa conviviendo en un espacio reducido, aislamiento social, situación de estrés, etc.⁽⁸⁾

Factores inherentes a la comunidad y a la sociedad

Leyes de protección al niño inexistente o incumplidas, disminución del valor de los hijos (discapacidad, sexo), desigualdades sociales, violencia organizada, alta aceptabilidad social de la violencia, normas culturales, etc.^(8,9)

Tradicionalmente, el personal de salud ha presentado poca atención al problema del maltrato y abuso sexual. Los casos son detectados y reportados solo cuando se producen lesiones muy severas.

Cuando los trabajadores del sector salud asuman una posición responsable frente a la práctica de cualquier tipo de violencia hacia los niños, así sea bajo el pretexto de corregirlos, será posible conocer la verdadera dimensión del problema, tomar acciones preventivas contundentes y empezar su manejo temprano.⁽⁹⁾

CLASIFICACION DEL NIÑO MALTRATADO

Existen cuatro posibles clasificaciones que orientan a la toma de decisiones para el maltrato. Todo niño en el que se identifica la posibilidad de maltrato y se evalúa por este motivo debe tener una de estas clasificaciones. ⁽¹⁰⁾

Sospecha de maltrato

Todos los niños que presentan dos o más de los siguientes signos: lesiones físicas inespecíficas, comportamiento alterado, comportamiento alterado de los cuidadores, descuido en su higiene y su salud o el niño expresa espontáneamente que es víctima de maltrato emocional o negligencia, deben ser clasificados como “Sospecha de maltrato”. ⁽¹¹⁾

Esta clasificación requiere que el profesional de salud refiera al niño a un profesional de trabajo social y/o a una psicóloga para que realicen una evaluación más completa y decidan sobre la necesidad de referir al niño a la red de protección del niño maltratado. ⁽¹⁰⁾

Independientemente que se confirme posteriormente el maltrato en este niño, los signos encontrados durante la consulta hacen necesario que el profesional de salud refuerce comportamientos positivos de buen trato; promueva medidas preventivas; y refuerce el respeto y garantía de los derechos de la niñez. Debe controlarse en 14 días con el fin de confirmar si asistió a la valoración de trabajo social o psicología. En el caso de haber asistido a uno o a ambos profesionales, se deberá reforzar lo recomendado durante esas visitas. ^(10,11)

Falla en la crianza

Un niño que no presenta sospecha de maltrato y que tiene uno solo de los signos mencionados se clasifica como “Falla en la crianza”. El profesional de salud debe reforzar comportamientos positivos de buen trato. Se deberá promover medidas preventivas, reforzar el respeto y garantía de los derechos de la niñez y asegurar que los padres están llevando al niño a la consulta de crecimiento y desarrollo. ⁽¹⁰⁾

Maltrato físico y/o sexual

Todos los niños que presentan lesión física sugestiva de maltrato, lesiones en genitales o ano, expresan espontáneamente que son víctima de maltrato físico o abuso sexual deben clasificarse como “Compatible con maltrato físico y/o abuso sexual”.⁽¹⁰⁾

Se debe recordar que únicamente se clasifica no se diagnostica. No todos los niños que se clasifican como “Compatible con maltrato infantil y/o abuso sexual” serán realmente niños maltratados o con abuso sexual. Sin embargo, cuando se detectan casos, es conveniente que los refiera para que se haga una evaluación adicional y se trate el problema.⁽¹²⁾

Al niño que presenta lesiones o dolor debe garantizársele tratamiento de las mismas y, si corresponde, su referencia y la notificación a la autoridad competente de acuerdo con la legislación local. Este niño también debe ser incluido en la red de protección al menor maltratado.

Los niños clasificados como “Compatible con maltrato infantil y/o abuso sexual” deben ser referidos con urgencia porque los que no son atendidos oportunamente y son devueltos a sus hogares sin las mínimas garantías son vueltos a maltratar en un 50% y un 5 a 7% tienen riesgo de morir a manos de sus agresores. Además, es una forma de proteger al menor ya que mientras se analiza el caso y al agresor, el niño se aisle temporalmente del escenario donde es violentado.^(10,12)

ABUSO SEXUAL INFANTIL

Los abusos sexuales son atendidos por una gran variedad de profesionales (médicos, trabajadores sociales, psicólogos, policías, abogados, forenses y jueces). Cada uno de ellos tiene preferencia por nombres específicos, tales como ataques al pudor, estupro, violación, sodomía, pedo filia, pederastia, incesto, etc., no siempre mutuamente excluyentes y, en ocasiones, un tanto eufemísticos. Esta amplia terminología, que ha invadido la literatura médica, crea cierta incertidumbre en el profesional sanitario. De ahí que se haya intentado, a lo largo de los últimos años, una definición del abuso sexual, siendo la más difundida la proporcionada por el National Center for Child Abuse and Neglect (Centro Nacional Para Niños Abusados y Neglicencia), que define al abuso sexual como los contactos o interacciones entre un niño y un adulto, cuando el primero se utiliza para estimulación sexual del Segundo o de

otra persona. También puede cometerse por un menor de 18 años cuando es mayor que la víctima o cuando está en una situación de poder o control sobre la víctima. ⁽¹³⁾

El abuso sexual abarca una amplia gama de comportamientos y relaciones, que van desde el contacto físico con penetración, hasta aquellos más sutiles pero igualmente dañinos, siendo posible hablar de dos clases de abuso sexual: con contacto y sin contacto: ⁽¹⁴⁾

Abuso sexual con contacto

Incluye comportamientos que involucran el contacto físico con la boca, los pechos, los genitales, el ano, o cualquier otra parte corporal, cuando el objeto de dicho contacto es la excitación o satisfacción sexual del agresor. Este tipo de abuso incluye tanto el tocar y acariciar, como la penetración genital, anal u oral. ⁽¹⁴⁾

Abuso sexual sin contacto

Es aquél practicado a través de comportamientos que no implican contacto físico con el cuerpo, pero que sin duda repercuten en la salud mental de la persona. Se incluyen comportamientos tales como exhibirse con fines sexualmente insinuantes, masturbarse en presencia de un niño o una niña, producir material pornográfico con el menor, mostrarle material pornográfico, espiarlo mientras se viste o se baña, dirigirle repetidos comentarios seductores o sexualmente explícitos, y realizar llamadas telefónicas obscenas. ⁽¹⁴⁾

Estos dos tipos de abuso sexual infantil pueden presentarse a nivel intrafamiliar (el abusador es un miembro de la familia), a nivel extrafamiliar (hombres o mujeres ajenos a la familia que tienen el cuidado del menor), o personas extrañas que utilizan a los niños con fines eróticos o comerciales.

Cabe señalar que para que ocurra el abuso no necesariamente deben estar presentes todos y cada uno de los factores de riesgo relacionados a continuación, y tampoco su presencia indica que existe abuso.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DEL NIÑO ABUSADO SEXUALMENTE

En el abuso sexual hay varios componentes importantes que deben ser analizados para comprender la etiología del abuso sexual tales como: víctima, abusador, características de las madres, proceso de abuso, entre otros. Cada uno de ellos reúne una serie de características que ayudan a identificarlos mejor.⁽⁹⁾

Víctima

Cualquier niño puede ser víctima potencial de abuso sexual, dado su desconocimiento del tema, su impotencia y dependencia. Sin embargo, existen algunos factores que hacen más vulnerables a ciertos niños que a los demás: la edad y el sexo, los cuales interactúan con las preferencias del abusador; la mayor curiosidad que muestran los niños y las niñas hacia aspectos sexuales, ya sea porque su propio desarrollo los hace más inquietos y cuestionadores, o porque han sido expuestos desde muy temprano al comportamiento sexual de los adultos. Esto no significa que los niños tengan responsabilidad por haber sido objeto de abuso sexual, o que hayan seducido y propiciado el abuso.⁽⁹⁾

Sin importar cuáles sean las fantasías o los deseos que los niños puedan tener, son los adultos quienes deciden si éstos serán los objetos de sus encuentros sexuales, ya que ellos tienen poder sobre los niños y pueden definir y manipular esos deseos según su elección.⁽⁹⁾

Entre el perfil del niño abusado se encuentran aquellos menores que son fácilmente manipulables, que su autoestima es negativa y están necesitados de atención y afecto, tienen un vínculo afectivo estrecho con sus padres y/o tienen una mala relación con ellos, son muy pequeños o discapacitados física o intelectualmente, han sido educados por adultos autoritarios que los obligan a obedecer sin cuestionar las imposiciones de los mayores, y no saben lo que es el abuso sexual ni la manera de evitarlo o afrontarlo.⁽⁹⁾

Las características de los paciente pediátricos que con más frecuencia sufren abuso son: ⁽⁹⁾

Edad

La mayor frecuencia en pacientes pediátricos abusados sexualmente se ha reportado entre los 8 a 12 años, aunque en cualquier edad pediátrica se puede sufrir un abuso sexual

Género

El género fememnino sufren más, pero los varones los denuncian más.

Personalidad

Son pacientes en los cuales se observa aislamiento de niños de su edad, retraimiento que hacen al niño más vulnerable, aunque algunos autores opinan que más que un factor de riesgo es una consecuencia del abuso sexual.

Familia

Algunas características de la familia son también factores de riesgo, tales como la falta de padres protectores, los vínculos defectuosos de los padres con los hijos (y viceversa) y la presencia en el entorno del niño de un adulto sin parentesco biológico (padres adoptivos, cuidadores, etc.).

Abusador

Respecto a éste, es difícil entender cómo un adulto, y más si es el progenitor, puede perder el control y maltratar a un niño, y, sobre todo, abusar sexualmente de él. Parece que hay dos requisitos necesarios: que el abusador se excite sexualmente ante los niños y que desee actuar impulsado por esa excitación. La atracción sexual de los adultos por los niños no es rara: ya un estudio realizado en varones universitarios evidenció la existencia de esta atracción en el 21% de los mismo. Algunos perpetradores pueden concentrar su atención en niños de determinada edad, o de un sexo en especial; otros, sólo se ven excitados en determinadas circunstancias. ⁽⁹⁾

Por lo común, los abusadores de niños tienen dificultades para establecer relaciones sexuales con adultos; muestran especial predilección por establecer relaciones sexuales con menores y obtienen gratificación sexual especialmente al interactuar con ellos; aparentemente tienen una vida sexual activa y satisfactoria con parejas de edad apropiada, pero ante ciertas circunstancias, como situaciones de tensión excesiva en las cuales su autoestima se ve amenazada, reaccionan impulsivamente utilizando como pareja sexual a un niño o una niña; interactúan con éstos como si tuvieran su edad y no de acuerdo con su edad real; pudieron haber sido objeto de abuso sexual, maltrato físico y/o emocional en su infancia; desean controlar y dominar a quienes interactúan con ellos; han acumulado rabia y encuentran en el niño un objeto perfecto para descargarla; abusan del alcohol u otras sustancias psicoactivas; se excitan y obtienen gratificación sexual provocando dolor y sufrimiento a otros en el contacto físico.⁽⁹⁾

Se puede realizar distinción dentro del perfil del abusador; entre activo y pasivo.

El abusador pasivo se caracteriza por su dulzura, inocencia y abnegación hacia el infante; aparentemente se presenta como moralista y religioso, y emite mensajes de fragilidad asexual. Al entablar relaciones se muestra sumiso, tierno, simpático y con deseos de protección. Generalmente es una persona solitaria, que presenta comportamientos fóbicos y aversivos ante la sexualidad adulta. Además, se ha encontrado que generalmente han sido espectadores de relaciones extraconyugales por parte de sus figuras paternas, por lo cual utilizan a la víctima para compensar el abandono y el maltrato que sufrieron en la niñez.

El abusador activo utiliza la agresividad y la violencia; su actitud tiende a la expansión y al desprecio por el entorno social; muestra su voluntad de control y sometimiento a los otros reivindicando la arbitrariedad, el despotismo y la tiranía; la violencia verbal, física y psicológica aparece en forma de injurias y humillaciones; su comportamiento es osado, temerario y sin escrúpulos; filma y fotografía a los niños con fines pornográficos, exigiéndoles que participen y gocen sexualmente; les hace regalos y les da dinero.⁽⁹⁾

Características de las madres que pertenecen a familias en las que existe un abusador

Las madres de los niños que han sido abusados sexualmente a nivel intrafamiliar, con frecuencia presentan pasividad, dependencia y sumisión; son sexualmente inhibidas; incapaces de proteger a sus hijos; promueven sutilmente el abuso sexual de sus hijos para evitar las exigencias sexuales de sus parejas hacia ellas o por temor a perder su apoyo económico (en los casos en que el compañero de la madre sea el abusador); se sienten incapaces de poder cuidar y criar a sus hijos sin el “apoyo” de un hombre; no tienen bien claros y definidos los límites entre ellas y sus hijos; han favorecido la inversión de roles con su hija (la hija actúa como si fuera la madre); fueron víctimas de abuso sexual o de maltrato físico o psicológico durante su infancia; sufren maltrato físico y/ o psicológico en su vida actual; tienen un concepto negativo de sí mismas, de su cuerpo y de su género; se les dificulta establecer una relación cercana y expresar físicamente el afecto a sus hijos; temen que los vecinos, familiares y amistades se enteren de todo lo que sucede en su casa. Generalmente aparentan que todo anda bien por temor al qué dirán. Hacen que en su hogar impere la “ley del silencio”. ⁽¹³⁾

Contexto social

Por lo común, el abuso sexual infantil se presenta en sociedades machistas en las que se considera que los adolescentes tienen “derecho” a iniciarse sexualmente con las niñas que trabajan como empleadas domésticas, y en culturas que aceptan que el padre inicie sexualmente a sus hijas, alegando que tienen derecho a prepararlas para cuando encuentren su pareja.

Las familias donde hay un niño abusado sexualmente son familias aisladas socialmente, en las que existe un padrastro o madrastra con quien el niño no ha establecido un vínculo afectivo estrecho o con quien sostiene una mala relación; en las que la comunicación es deficiente y no se cuenta con la habilidad para resolver conflictos en forma efectiva; no hay respeto por la individualidad, la intimidad y la privacidad de sus miembros; se descalifica al menor y no se cree en su palabra; son patriarcales, centradas en la autoridad del hombre de la casa; algunas veces el niño o la niña ha permanecido por algún tiempo lejos del padre o de la madre y por tanto no tiene una relación estrecha con él o con ella; el menor no está involucrado

emocionalmente con el padre o la madre; el padre o la madre castigan al niño o la niña cuando manifiesta curiosidad por aspectos sexuales o cuando explora su cuerpo; los padres establecen muy poco o demasiado contacto físico para demostrar afecto al menor.⁽¹³⁾

Además de estos factores, identifican otros dentro de los cuales se encuentran la falta de supervisión adecuada de los hijos por parte de sus padres, en donde los niños son dejados bajo el cuidado y la supervisión de un extraño, y el hacinamiento que obliga a los niños a compartir el cuarto o la cama con sus padres o hermanos.

Otros factores de riesgo asociados que son mencionados, son los que hacen referencia a las características de la situación, entre las cuales se encuentran los momentos de extrema tensión o crisis a nivel familiar, y la mala relación de pareja, la cual se reconoce, entre otras cosas, porque la madre no está dispuesta o se niega a tener relaciones sexuales con su compañero.⁽¹³⁾

Proceso del abuso

El abusador fundamentalmente se trata de alguien mayor que el abusado, sin ninguna empatía por los niños, que piensa que lo que hace no está mal, y la poca conciencia que tiene sobre la maldad de sus actos se la salta muchas veces ayudado por el consumo de alcohol u otras drogas. Siempre actúa desde su posición de poder sobre la víctima para cometer el abuso. El abuso sexual, generalmente, no es un hecho aislado, sino que tiende a reiterarse. El proceso de victimización suele ser siempre el mismo o muy similar. Primero se gana la confianza del niño, generalmente, no sometido a una supervisión estrecha de los adultos y que, además, tiene ansia de atención de un adulto. Después le seduce lentamente. Finalmente, le fuerza al silencio. La persona abusada, sobre todo si es varón, suele sufrir el llamado síndrome de acomodación al abuso sexual del niño que consta de 5 fases:⁽¹⁴⁾

1. Secretismo
2. Indefensión
3. Atrapamiento y acomodación
4. Revelaciones retrasadas y escasamente convincentes
5. Retracción posterior del abuso revelado.

ASPECTOS MEDICOS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Identificación primaria de niños abusados sexualmente

El diagnóstico de abuso sexual en el entorno médico puede ser difícil. Rara vez se hace el diagnóstico debido a signos físicos evidentes. Ocasionalmente, el padre o el niño presentan la queja de abuso, pero con mayor frecuencia el diagnóstico es “enmascarado” y el niño presenta trastornos de conducta, una enfermedad física producida por el abuso, o problemas psicosomáticos o emocionales. El abuso sexual de niños se asocia con una amplia variedad de problemas emocionales y conductuales. Sin embargo, ninguno de estos problemas relacionados con el abuso son diagnosticados específicamente como abuso y todos pueden ocurrir en niños no abusados. Comprender el efecto de los índices base de estos síntomas en la población general es importante para evaluar el significado de cualquiera de estos síntomas. ⁽¹⁵⁾

El diagnóstico de abuso sexual es difícil y se basa, casi siempre, en el relato del niño. La sintomatología que pueden exhibir es variada. Algunos niños pueden estar completamente asintomáticos. Aunque la mayoría de las niñas no presentan lesiones en los genitales, probablemente debido al retraso de semanas o meses en denunciarlo, algunas niñas pueden presentar lesiones agudas: laceraciones, abrasiones, hematomas, hendiduras en V en el borde posterior del himen, disminución del tejido himeneal, cicatrices en la horquilla posterior.

Las anomalías en los genitales masculinos son inusuales, aunque a veces se han encontrado laceraciones resultantes de la penetración, hematomas, engrosamiento de los pliegues o rugosidades, distorsiones anatómicas debidas a las cicatrices, dilatación anal superior a 2,0 cm (niño en pronación y sin heces visibles en la ampolla rectal), eritema y congestión venosa. ⁽¹⁶⁾

La valoración de la persona que ha sufrido de abuso sexual debe realizarse con carácter de urgencia en tres circunstancias, a) cuando la persona agredida necesita tratamiento físico y/o psíquico; b) cuando la víctima necesita protección con carácter inmediato; y c) cuando la agresión ha ocurrido antes de 72 horas, por la posibilidad de perder pruebas. ⁽¹⁶⁾

La evaluación del abuso sexual infantil sospechado exige hacer una historia clínica minuciosa realizada a los padres y al niño, una exploración física, la realización de pruebas de laboratorio adecuadas y la documentación cuidadosa de los hallazgos. También se deben recoger otros datos de diferentes profesionales. De ahí que la atención debe ser realizada por un equipo multidisciplinar (asistente social, psicólogo, pediatra, enfermera, policía, etc.). Como en la valoración del caso de sospecha de abuso sexual suele incluir a los sistemas legales, es importante ofrecer una información sin prejuicios y comprensible por profesionales no médicos.⁽¹⁶⁾

Ante una sospecha de abuso sexual debe tenerse también en consideración una lesión accidental, un problema médico de otra etiología, e incluso una falsa alegación, a veces inventada por la madre o por los dos padres.

Entrevista

El tipo y la extensión de la entrevista a niños abusados depende de muchos factores. Cuando se dispone de equipos forenses para que realicen la entrevista, los niños deben relatar los detalles del abuso en un a sola ocasión. No obstante, en algunas comunidades, no existe este tipo de equipo y es posible que el médico que examina al niño sea la persona más experimentada disponible. Es importante que los médicos estén concientes de los recursos para realizar la entrevista y de las políticas de su comunidad. Si el personal de salud va a hablar con el niño sobre el abuso, debe ser entrenado sobre las preguntas que tienen validez forense y las estrategias para realizar la entrevista.⁽¹⁷⁾

Es posible que lo indicado sea una entrevista más completa si el niño está entregando un relato inicial y espontáneo al médico. No es beneficioso decir al niño que recién ha revelado el abuso sexual que usted no quiere conocer ningún detalle sobre el abuso. Es posible que se pierda una oportunidad única para obtener información importante si el niño se torna reticente a hablar más adelante o en un entorno diferente. Algunos niños relatan detalles del abuso en forma espontánea durante el examen físico. Hay más probabilidades de que un niño cuente sobre el abuso al médico con el cual ha tenido una relación a lo largo del tiempo que a una persona extraña.

La respuesta del niño a la entrevista dependerá de su desarrollo cognitivo, emocional y conductual; la naturaleza del abuso experimentado; y la respuesta recibida después de revelaciones anteriores. La tarea para el entrevistador es establecer una relación de confianza; hacer preguntas abiertas y no dirigidas que obliguen al niño a responder sí o no. Indague sobre dolor, sangramiento, disuria u otros síntomas físicos, y ofrezca al niño la oportunidad de hacer preguntas. ⁽¹⁷⁾

La finalidad es comprender lo que le ha pasado al menor, conocer su estado de salud, su nivel de desarrollo y las fuerzas y debilidades de la familia.

Entrevista a los padres

Los padres pueden presentar el problema de abuso sexual en forma directa o indirecta. Frente a un planteo directo (por ejemplo “ mi hijo ha sido abusado”), es importante controlar la situación con calma ya que el padre o la madre denunciante puede estar enojado/a y molesto/ a. Puede ser necesario limitar lo que se habla frente al niño. En este tipo de casos la entrevista tiene que estar dirigida a calmar a los padres y a esclarecer la situación. En el caso de que la presentación sea indirecta, los padres traen al niño por síntomas no específicos o trastornos del comportamiento. En estos casos la entrevista debe ser dirigida a detectar un posible abuso sexual. ⁽¹⁷⁾

Una vez abordado el tema del abuso sexual se pone en evidencia que los padres ya discutieron al respecto. En cualquiera de los casos es importante explorar la opinion de los padres y qué tipo de información tienen.

Hay que preguntar a los padres (o a los custodios) qué ha manifestado el niño, en qué circunstancias y a quién, y cómo reaccionaron ante la alegación. Además, es preciso conocer el estado físico y mental de los padres, la existencia de antecedentes de abuso sexual en la infancia de los padres, el estado de salud y desarrollo de los hermanos, la existencia de violencia en el domicilio del niño, el abuso de drogas, la existencia de factores de estrés familiar en época reciente, los recursos y apoyos de la familia, la respuesta de cada miembro familiar ante las alegaciones que ha hecho el niño, cómo es el vínculo matrimonial (separación, divorcio, etc.), los acuerdos de custodia existentes (regimen de

visitas, etc.) y si el abuso sexual ocurrió antes, durante o después de la separación, etc.⁽¹⁷⁾

Entrevista con el niño

El médico de la emergencia debe realizar siempre una historia clínica tomada del niño afectado, aparte de la historia realizada a los padres. Esta tarea es difícil por diferentes razones: el desarrollo del lenguaje del niño, el desarrollo sicosexual del niño, la intención de no contaminar con el interrogatorio las evidencias importantes, la aprensión del niño y de los padres y lo embarazoso y difícil que puede ser para el médico discutir sobre temas sexuales con un niño.⁽¹⁷⁾

El primer paso consiste en que el médico encuentre un lugar tranquilo y privado y determinar si el niño quiere que los padres estén presentes. Si es posible el médico debe diferir el examen para otro momento y lugar apropiado. Basado en la historia realizada a los padres, el médico podrá juzgar el estado emocional de los mismos. Este criterio puede ser útil para decidir si los padres deben estar presentes o no. Si los padres no están presentes en la entrevista, una tercera persona debe ser convocada (por ejemplo enfermera o asistente social).

Comenzar la entrevista con otros temas, sin ser el abuso, tranquiliza al niño y permite que el médico tome coraje para hablar de este tema. Se pueden preguntar datos sobre el colegio, sobre sus padres y sobre su familia, buscando trastornos del comportamiento no específicos; esta conversación preliminar también ayudará a evaluar el desarrollo intelectual del niño.⁽¹⁷⁾

Para iniciar el tema del abuso una manera es preguntar al niño porqué los padres lo trajeron a la consulta. Otra forma de aproximarse al tema en niños pequeños es usar un vocabulario común para referirse a sus genitales. Los niños manejan gran variedad de términos y pueden no entender las palabras “vagina” o “pene”. El médico puede llegar al tema de la entrevista más fácilmente usando un lenguaje común.

Cuando el niño es mayorcito se le debe entrevistar a solas, con preguntas no dirigidas realizadas por un entrevistador diestro en manejar a niños. A veces es importante utilizar dibujos o muñecas anatómicas, y aunque ha habido mucha polémica sobre su utilidad, actualmente ésta parece estar zanjada en el sentido

de que su utilización puede ayudar a que el niño describa lo que sucedió, aunque algunos autores refieren que no debieran utilizarse antes de los 5 años de edad. El sexo del entrevistador influye en las respuestas de los niños, pero esto se puede atenuar si se realizan entrevistas estructuradas. El objetivo de la entrevista es, por un lado, conocer cómo transcurre la vida del niño y quién le cuida; de otro lado, conocer el comportamiento del niño (cambios de conducta, actitudes hacia determinada persona, nerviosismo, tristeza, mal rendimiento escolar, pesadillas nocturnas y otras alteraciones del sueño, comportamientos sexualizados, etc.); y finalmente, conocer la existencia de síntomas específicos (hemorragia vaginal, anal, encopresis, estreñimiento, etc.).⁽¹⁷⁾

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones de abuso sexual pueden aparecer a corto o mediano plazo luego de ocurrido el evento. Las manifestaciones pueden deberse a un hecho aislado o a una forma de abuso reiterado. Dependerán de la edad del niño y de su madurez. Las manifestaciones pueden dividirse en cuatro categorías. Estas manifestaciones son: hallazgos físicos específicos e inespecíficos y trastornos de conducta específicos e inespecíficos.^(18,19)

Signos físicos específicos

Las lesiones en parte superior de muslos, parte inferior de abdomen o en los genitales son raras en los casos de abuso sexual en la infancia. El niño, en general, no es lastimado ya que se le utiliza para estimulación, masturbación o contacto genital no forzado. Sin embargo una lesión genital debe despertar la sospecha de abuso sexual.⁽¹⁸⁾

En el caso de niñas que presenten laceraciones vaginales, aunque sean mínimas, debe hacerse una historia cuidadosa. El traumatismo a horcajadas produce lesiones genitales y es la causa más frecuente de lesión genital en las niñas. En los varones el traumatismo accidental de pene puede ocurrir por los cierres de cremallera o por la caída del asiento del inodoro. Fuera de estos accidentes tan comunes, el médico de emergencia debe investigar la historia relatada. La niña prepúber que presenta un sangrado genital, puede tener una lesión vaginal no visible en el examen. Las lesiones accidentales siempre pueden

visualizarse. Debe realizarse una consulta con ginecólogo o cirujano para identificar y reparar las lesiones no visibles. La presencia de una enfermedad de transmisión sexual en un niño prepúber es un hallazgo específico de abuso sexual hasta demostrarse lo contrario.

Estudios recientes indican que sólo en las niñas con flujo vaginal deben hacerse cultivos. Los centros de control de las enfermedades y prevención indican en sus guías de tratamiento que “cualquier enfermedad de transmisión sexual en un niño debe ser considerada como evidencia de abuso sexual hasta demostrarse/ lo contrario”.⁽¹⁹⁾

Comportamiento específico

La manifestación clínica más común de abuso sexual es una historia positiva. El niño que cuenta detalladamente una historia clara de encuentro sexual con un adulto tiene una manifestación específica de comportamiento. La sospecha de abuso sexual puede basarse en el relato del niño exclusivamente, ya que los niños no inventan dichos alegatos. Los niños que no son víctimas de abuso desconocen detalles de los encuentros sexuales. Por lo tanto cuando un niño relata un encuentro sexual se le debe creer. Los detalles de la historia varían con la edad y con el desarrollo del lenguaje, pero incluso los niños de 3 o 4 años pueden hacer una declaración simple pero creíble sobre alguna persona tocando sus genitales.^(18,19)

Algunos niños manifiestan comportamientos en sus juegos o en sus conversaciones que indican que han sido expuestos a alguna experiencia sexual y quizás hayan sido abusados. Estos signos son menos específicos que una historia claramente relatada, pero son suficientemente significativos como para requerir una correcta investigación.

Por ejemplo el niño que relata un contacto urogenital puede estar demostrando una manifestación específica de comportamiento. Los niños que desean acariciar los genitales de sus padres como demostración de afecto son motivo de preocupación. Estos comportamientos son generalmente aprendidos. Todos los niños manifiestan curiosidad sexual y pueden practicar alguna forma de

masturbación pero cuando alguna de estas conductas aparezca en exceso, merece investigación. El abuso sexual puede ser la causa. ⁽¹⁹⁾

Últimamente muchos videos, películas, libros y programas escolares se han desarrollado como herramientas para la prevención de situaciones de abuso sexual. Estos materiales instructivos promueven la discusión entre padres e hijos y permiten aclarar experiencias vividas por el niño en el pasado. ⁽¹⁹⁾

Signos físicos inespecíficos

El médico debe tener el abuso sexual dentro de los diagnósticos diferenciales de distintas afecciones. El abuso sexual puede presentarse bajo la forma de dolor abdominal, de muslos o de genitales; disuria; dolor en la defecación; hematuria, etcétera. Puede manifestarse como un cambio en los hábitos, como frecuencia miccional, enuresis, constipación o encopresis; otras afecciones pueden incluir flujo vaginal o dolor de garganta crónico. Las causas de cualquiera de estas afecciones pueden ser muy variadas. Por ejemplo estudiando niños con enuresis el abuso sexual es una causa poco frecuente. ⁽¹⁸⁾

Trastornos de conducta inespecíficos

El grupo final de manifestaciones incluye cambios inexplicable en el comportamiento el niño. En este grupo están los cambios de comportamiento menores como miedos nocturnos o fobias, o los cambios mayores como ausentismo escolar o la fuga de los adolescentes. Muchos niños demuestran cambios en una o varias de las esferas importantes de sus vidas: en la casa, en la escuela o con sus pares. Un ejemplo de esto es el caso de una niña de cinco años que comenzó a evitar el contacto con su padre, y con otros parientes del sexo masculino, luego de una experiencia de abuso por parte de un hombre amigo de la familia. Un cambio brusco en el rendimiento escolar que no pueda ser explicado por la maestra, una retracción en lo social o el aislamiento pueden ser también manifestaciones inespecíficas en el comportamiento. Al igual que las afecciones físicas no específicas, estos trastornos del comportamiento pueden ser debidos a otras causas. El abuso sexual produce trastornos del comportamiento en los niños con una edad suficiente como para entender lo equivocada y vergonzosa que es esa situación. ^(18,19)

Examen físico

Cuando se sospecha que el niño ha sido víctima de abuso sexual, el examen físico debe ser realizado con la máxima sensibilidad respetando los sentimientos de vulnerabilidad y vergüenza del niño. El examen será menos estresante si el examinador prepara al niño explicándole los procedimientos, utiliza cortinas para proteger el pudor del niño, y usa técnicas de distracción durante el examen. No se debe forzar físicamente al niño para examinarlo. En algunos casos en que el niño es incapaz de cooperar se usan sedantes. ⁽²⁰⁾

Los exámenes genitales y anales se pueden realizar con el niño en posición supina, adoptando la posición de rana, o prona con las rodillas dobladas hacia el pecho. En la posición tipo rana, el niño yace sobre su espalda. Las rodillas se doblan y los talones se juntan en el medio. Las rodillas se presionan hacia la camilla, permitiendo la exposición de los genitales. La posición con las rodillas flectadas hacia el pecho requiere que el niño esté boca abajo. Las rodillas de los niños se flectan hacia el pecho del niño, elevando las nalgas. El examinador separa las nalgas y expone los genitales. ^(20,21)

Los labios se separan con una suave tracción lateral o con una tracción hacia el examinador. Es necesario tener una fuente de luz apropiada para visualizar las estructuras internas, y también es de utilidad tener una lupa. En los adolescentes se puede introducir una sonda Folley en la vagina e inflar el balón de la sonda traccionando suavemente para delinear la estructura del himen. El uso de ambas posiciones mencionadas es importante. Algunas veces la posición con las rodillas flectadas hacia el pecho es más difícil de adoptar por parte del niño; se debe utilizar esta posición para confirmar cualquier hallazgo anormal. ⁽¹⁸⁾

Un concepto erróneo habitual es que los exámenes de niños abusados sexualmente involucran instrumentos vaginales o anales como el uso de un espéculo o un anoscopio. En la mayoría de los casos, el examen en niños prepuberales no es invasivo ni doloroso. ⁽¹⁸⁾

Cuando es necesario utilizar instrumental, se puede sedar o anestesiarse al niño para disminuir la incomodidad. Una evaluación de abuso sexual no tiene que ser

traumática para el niño. Un estudio encontró que el temor de los niños al examen se relacionaba con experiencias negativas anteriores en los centros de salud.

La ansiedad del niño se puede aminorar mediante una preparación cuidadosa y actuando con mucha sensibilidad.

El examen físico para detectar abuso sexual frecuentemente da un resultado absolutamente normal incluso en casos de abuso demostrado. La ausencia de signos físicos de trauma no significa que no hubo abuso. Muchos tipos de abuso, como caricias o contacto oro-genital no producen trauma anal, genital u oral. Otros tipos de lesiones traumáticas pueden cicatrizar completamente.⁽²¹⁾

El trauma grosero del tracto genital o anal generalmente es fácil de diagnosticar, pero una lesión cicatrizada o sutil puede ser más difícil de diagnosticar. Los estudios de la anatomía genital y anal en niños normales no abusados han dilucidado una amplia gama de hallazgos normales que anteriormente se atribuían a abuso sexual.

Los hallazgos normales en niñas prepuberales incluyen himen excesivo, surcos en el himen, himen disparejo y vestigios de papel higiénico. Las muescas en forma de V que no se extienden hacia el vestíbulo se consideran normales cuando están ubicadas en la parte superior y lateral del himen. Sin embargo, muescas encontradas en la parte posterior del himen se consideran anormales y se ha encontrado que se asocian con trauma.⁽¹⁸⁾

Los hallazgos anales normales incluyen eritemo, mayor o menor pigmentación, ingurgitación venosa, vestigios de la línea media de la piel, y dilatación anal en presencia de deposiciones. Las abrasiones, laceraciones, hematomas anales y la dilatación anal extrema en ausencia de deposiciones se consideran signos de un posible abuso.

El diámetro de la apertura del himen se ha utilizado anteriormente como criterio diagnóstico de abuso. Estudios más recientes han demostrado que no se puede depender de ese parámetro. Los factores que afectan el diámetro de la apertura del himen y el diámetro anal incluyen la posición en que se realice el examen y el grado de relajación del niño. El diámetro anal también es afectado por la presencia de deposiciones en la ampolla. El diámetro himenal puede aumentar con la edad y con el inicio del desarrollo puberal. (19,21)

El abuso sexual en niños se denuncia con menos frecuencia que el abuso en niñas. El examen físico de los niños tiene más probabilidades de revelar anormalidades anales que genitales. Los hallazgos anales informados después de abuso a niños incluye eritema, abrasiones o fisuras.

Muchas condiciones físicas no relacionadas con abuso han sido confundidas con trauma por abuso sexual. Los diagnósticos errados más comunes incluyen la liquen escleroso, infecciones estreptocócicas anales y vaginales, y trauma accidental como lesiones por sentarse a horcajadas. Los médicos expertos en pediatría forense han sido entrenados para reconocer enfermedades y cuadros que se pueden confundir con trauma por abuso sexual. En muchos casos, una interconsulta a un subespecialista en el área puede evitar trauma psicológico innecesario para los padres y niños que no han sido víctimas de abuso sexual.⁽²⁰⁾

El examen físico puede ser muy traumatizante para el niño. Este debe ser realizado de una manera estándar, examinando todas las partes del cuerpo. La posición del niño dependerá de la edad y de su comodidad. Muchos niños pequeños quieren ser examinados en las faldas de sus padres. Para examinar los genitales de las niñas pequeñas se recomiendan dos posiciones: una es con las piernas separadas sobre la falda de la madre y la otra es en decúbito prono y con las rodillas tocando el tórax (rodillas sobre tórax).⁽²¹⁾

En la niña prepúber sólo se examinarán los genitales externos. Si se evidencia algún sangrado vaginal es aconsejable realizar la exploración y eventual reparación bajo anestesia general en el block quirúrgico. En una adolescente de sexo femenino debe realizarse un examen genital completo. Este examen debe ser modificado si nunca antes se le había colocado un espéculo y demuestra ser difícil hacerlo.⁽²¹⁾

El examen del recto y de la orofaringe debe hacerse cuidadosamente, especialmente si la historia sugiere que ese es el lugar del contacto sexual. Otros hallazgos físicos que deben registrarse cuidadosamente son las contusiones, erosiones o laceraciones fuera del área genital. Los lugares más comunes para este tipo de lesiones son brazos, glúteos y muslos.⁽¹⁹⁾

Si el examen físico resulta muy traumático para el niño, el médico se enfrenta a un difícil problema. Tiene que elegir entre traumatizar al niño o hacer un examen

incompleto dejando evidencia sin registrar. Es un verdadero dilema y como tal la solución no está estipulada. Se debe evitar traumatizar al niño, ya sea física o emocionalmente a menudo no hay evidencia física de abuso, así que si la historia es clara y suficientemente detallada puede ser suficiente. El concepto a seguir es “primum non nocere”.

Valoración global de probabilidad de abuso sexual de acuerdo al examen físico

Sin evidencia de abuso

- Examen físico normal, ausencia de historia, sin cambios de conducta, sin testigos.
- Hallazgos inespecíficos con otra causa probable, sin cambios en la conducta.
- Niño con riesgo de abuso sexual pero no proporciona historia y sin cambios de conducta específicos. ⁽¹⁹⁾

Abuso posible

- Cambios de conducta significativos, especialmente conductas sexuales, pero el niño no brinda una historia de abuso.
- Presencia de condilomatosis o herpes (genital) en ausencia de historia de abuso y con examen normal.
- Existe una declaración del niño pero no es consistente ni detallada.
- Hallazgos de abuso probable, sin declaración de abuso. ⁽¹⁹⁾

Abuso probable

- Existe una descripción clara, detallada y consistente del niño
- con o sin otros hallazgos.
- Paciente con evidencia abosuta de abuso sexual con o sin historia de abuso, en ausencia de historia convincente de lesión penetrante accidental.
- Infección por Chlamydia trachomatis comprobada mediante cultivo (niños mayores de 2 años) en prepúberes. ⁽¹⁹⁾

Evidencia absoluta de abuso sexual

- Hallazgo de espermatozoides o líquido seminal en el cuerpo de un niño.
- Episodio de abuso sexual presenciado por un testigo (esto también se aplica a los casos de fotografías pornográficas o videos que se muestren como evidencia).
- Lesión por penetración intencional del orificio vaginal o anal.
- Cultivos positivos de *Neisseria gonorrhoeae* en un niño prepúber o serología positiva para sífilis adquirida.⁽¹⁹⁾

Diagnostico

El diagnóstico de abuso sexual es difícil y se basa, casi siempre, en el relato del niño. La sintomatología que pueden exhibir es variada. Algunos niños pueden estar completamente asintomáticos. Aunque la mayoría de las niñas no presentan lesiones en los genitales, probablemente debido al retraso de semanas o meses en denunciarlo, algunas niñas pueden presentar lesiones agudas: laceraciones, abrasiones, hematomas, hendiduras en V en el borde posterior del himen, disminución del tejido himeneal, cicatrices en la horquilla posterior.⁽²²⁾

Las anomalías en los genitales masculinos son inusuales, aunque a veces se han encontrado laceraciones resultantes de la penetración, hematomas, engrosamiento de los pliegues o rugosidades, distorsiones anatómicas debidas a las cicatrices, dilatación anal superior a 2,0 cm (niño en pronación y sin heces visibles en la ampolla rectal), eritema y congestión venosa.⁽²²⁾

La probabilidad de adquirir una infección VIH tras un abuso sexual es baja, pero existe. Se asevera que aproximadamente el 0,28% de los niños que han sufrido abuso sexual se seroconvierten.⁽¹⁸⁾

La valoración de la persona que ha sufrido un abuso sexual debe realizarse con carácter de urgencia en tres circunstancias: cuando la persona agredida necesita tratamiento físico y/o psíquico, cuando la víctima necesita protección con carácter inmediato y cuando la agresión ha ocurrido antes de 72 horas, por la posibilidad de perder pruebas.

Ante una sospecha de abuso sexual debe tenerse también en consideración una lesión accidental, un problema médico de otra etiología, e incluso una falsa alegación, a veces inventada por la madre o por los dos padres. ⁽¹⁹⁾

De tal manera que el diagnóstico de abuso sexual debe estar basado en el conjunto de la historia clínica, el examen físico y los hallazgos de laboratorio.

Diagnóstico diferencial

En todo caso de abuso el médico debe considerar la posibilidad de otro diagnóstico. Pueden existir otras explicaciones para una lesión genital, que van desde procesos infecciosos hasta enfermedades raras como síndrome de Ehlers-Danlos. ⁽¹⁸⁾

Quizás el error que se comete más frecuentemente sea con el prolapso de la uretra, que aparece como una masa hemorrágica cubriendo la zona superior de la vagina.

Es un auténtico desafío intelectual para el médico identificar la etiología de los hallazgos encontrados ante una sospecha de abuso sexual. Es tal reto para los médicos que no siempre están de acuerdo en los hallazgos. En general, los más experimentados coincidían con el panel de expertos, aunque hubo diferencias. Los menos experimentados son más fácilmente influenciados en la interpretación de los hallazgos por lo referido en la historia clínica. ⁽²²⁾

El diagnóstico diferencial se debe realizar con diferentes entidades dermatológicas, anomalías congénitas, ureterales, anales, infecciones, lesiones de diferente etiología y otras enfermedades más raras .

Ante un eritema o un hematoma en área genital hay que pensar también en otras causas que se pueden confundir con un abuso sexual, como causas accidentales, como la caída (muchas veces con testigos, suelen afectar a la parte anterior, el hematoma es en genitales externos y no suelen afectar al himen), o también en niños por el cierre de la cremallera o porque se les cae la tapa del inodoro.

En cuanto a las enfermedades médicas, como trastornos de la coagulación, en dermopatías, como el liquen escleroso (dolorimiento genital y hemorragias subepididimarias, friabilidad hística, hipopigmentación, prolapso uretral con sangrado vaginal, disuria), enfermedades infecciosas, como la estreptococia, cuerpos extraños en

la vagina e incluso falsas alegaciones, que, en general, deberán sospecharse cuando éste tenga un trastorno mental o esté en medio de una intensa disputa por la custodia o cuando sus declaraciones son inconsistentes o carecen de detalles o cuando no está afectado por lo que relata. ⁽²⁰⁾

Por otro lado, no conviene insistir mucho al niño, pues con preguntas dirigidas puede cambiar de respuesta o decir lo que el investigador quiera, ya que los niños son muy sugestionables.

Recolección de evidencia forense

Un buen examen forense de niños y adolescentes que han sufrido un ataque sexual grave puede facilitar la investigación policial eficaz de esos delitos. La mayoría de los médicos no ha sido capacitado para realizar exámenes forenses de víctimas de ataques sexuales. Por consiguiente, se desaprovechan muchas oportunidades de recolectar evidencia importante. ⁽²³⁾

Cualquier centro médico que atiende a víctimas de ataques sexuales debería utilizar el protocolo de examen de ataque sexual para guiar la recolección de evidencia. El examen forense habitualmente se ofrece si la víctima acude al centro dentro de las 72 horas posteriores al ataque. Sin embargo, el resultado de la obtención de muestras físicas en niños prepuberales es bajo después de las 24 horas de sucedido el ataque. ⁽²³⁾

Después de 24 horas, las ropas y sábanas tienen más probabilidades de arrojar resultados positivos para evidencia forense de ataque que las muestras tomadas de los cuerpos de los niños. Es necesario destacar la importancia de tomar muestras de objetos inanimados.

Cualquier evidencia obtenida deberá ser procesada, etiquetada y almacenada cuidadosamente para asegurar su integridad y calidad. ⁽²³⁾

Los exámenes forenses pueden ser traumáticos para los niños pequeños. Si se deben tomar múltiples muestras y exámenes, se debe considerar el uso de algún sedante o anestesia. El valor de recolectar evidencia forense de buena calidad debe contrapesarse con el costo emocional del procedimiento para el niño o el riesgo de la sedación.

El tipo de evidencia a recolectar, así como los métodos usados y los procedimientos para procesar esos datos, difieren según la localidad. A pesar de las particularidades de cada jurisdicción, deben seguirse algunos principios generales. Es importante crear un protocolo estándar de manera que, frente a un nuevo caso, el médico no tenga que reformular el procedimiento. ⁽²³⁾

La recolección de la evidencia debe ser hecha en presencia de otro profesional de la salud, ya sea enfermera o asistente social. El rótulo de las muestras debe hacerse de forma preestablecida con el nombre del paciente y el número del médico. Finalmente el protocolo debe incluir el procedimiento por el cual una persona determinada lleve las muestras al laboratorio, éstas sean recibidas y se deje constancia de ello. Estos detalles se vuelven importantes en el juicio. ⁽²³⁾

Tratamiento

Ante un caso de abuso sexual se debe actuar en tres frentes: 1) proporcionar al niño atención médica adecuada, 2) denunciar ante los servicios de protección y 3) asegurar los servicios de salud mental al niño y a su familia. ⁽¹⁹⁾

Atención médica

Debe dirigirse a proporcionar al niño y a la familia la seguridad de que su cuerpo está físicamente intacto, por lo que deberá abordar todas las lesiones que existan. No se debe culpar al niño o a su familia. Conviene decirle que lo sucedido no fue de su responsabilidad. Es muy importante tranquilizarle y convencerle de que es una persona normal, como los demás chicos/as de su edad, que en un futuro podrá casarse y tener hijos y convencerle de que sus lesiones cicatrizarán. La familia debe recibir apoyo y hay que quitar las preocupaciones sobre la virginidad. Se les debe decir que no hay relación entre abuso y homosexualidad posterior. El tratamiento médico debe encaminarse a diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, estudio del VIH y prevención del embarazo, los cuales se mencionarán más adelante con más detalle. ^(18,19)

Denuncia

Todo médico que sospecha un abuso sexual tiene la obligación de denunciarlo a la autoridad o autoridades que correspondan de acuerdo a la localidad. Y dado que es un delito, conviene implicar al sistema judicial, aunque debido a los arreglos sólo un 5% llegan a juicio.⁽²³⁾

Es importante que el profesional sanitario denuncie el caso de abuso sexual, incluso la sospecha fundada. No sirve escudarse en que no está confirmado el caso.

Pero si el pediatra no denuncia no está defendiendo al menor, ni evitando otros posibles casos, y, exagerando, en cierta medida se está haciendo cómplice de la situación.⁽²³⁾

Salud mental

Una vez conocido el abuso empiezan a actuar más profesionales, y esto puede crear un estado de confusión en el niño al ver que tantas personas se preocupan de él.⁽²³⁾

Puede estar confundido, disgustado y avergonzado de tener que hablar de sus intimidades. Los familiares pueden sentirse culpables de que haya un caso en su familia, pueden también estar divididos, pueden no creer al niño. Si el perpetrador es un familiar los problemas son mayores, la madre puede cuestionarse su sexualidad, su capacidad de proteger a los hijos, su capacidad de pareja, su capacidad de sacar adelante a los hijos, etc.

El sistema sanitario debe dar una respuesta a esta familia, tanto a corto, como a largo plazo. El médico debe apoyar a la familia a reconocer los variados aspectos emocionales que puedan surgir.⁽²³⁾

Pruebas de laboratorio

A todo niño que sufre de abuso sexual se deben realizar pruebas de laboratorio con los siguientes objetivos: detectar la presencia de una ETS, detectar la presencia de semen si no han transcurrido más de 72 horas, y detectar un posible embarazo en adolescentes.⁽²⁴⁾

Enfermedades de transmisión sexual

Aproximadamente un 5% de las víctimas de abuso sexual adquieren una ETS como resultado de la agresión. Las pruebas pretenden detectar gonorrea, sífilis, tricomonas, clamidia, vaginosis bacteriana, herpes simple, VIH, hepatitis B y C. Es importante conocer que hay contactos maternos. ⁽²⁴⁾

También es importante saber que la frecuencia de ETS en preadolescentes es baja, se encontró gonorrea en un 3,4% de los casos.

Respecto al abuso se puede concluir que es confirmado si hay gonorrea no perinatal, sífilis no perinatal, VIH no perinatal ni transfusional, clamidias no perinatal, muy sospechoso si hay tricomonas, sospechoso si hay condiloma acuminado no perinatal o si hay herpes genital y no concluyente si hay vaginosis bacteriana.

Búsqueda de semen

Se debe buscar la existencia de semen con la luz de Wood, aparece un color entre verde azulado y naranja, si es que el abuso sexual no excede las 72 horas. ⁽²⁴⁾

Diagnóstico, prevención y tratamiento de embarazo

Siempre que la niña haya tenido la menarquia se deberá realizar la prueba de embarazo; primero para comprobar si ya estaba embarazada antes del episodio de abuso y en segundo lugar por si el abuso produjo un embarazo. ⁽²⁴⁾

Un embarazo que es consecuencia de una violación o abuso sexual puede ser emocionalmente devastador para una adolescente.

Si se denuncia un ataque sexual agudo inmediatamente, se puede ofrecer medicación eficaz para prevenir el embarazo. Desde hace más de 10 años, el medicamento etinil estradiol/levonorgestrel aprobado por la FDA está disponible específicamente para la contracepción postcoital (Preven®, Gynetics, Somerville, NJ). Cuando se usa en la forma indicada, reduce en un 75% la probabilidad de embarazo. ⁽²⁴⁾

Si se produce embarazo después de la contracepción postcoital, no se puede descartar la posibilidad de dañar al feto. Sin embargo, el riesgo de malformaciones fetales probablemente es menor de lo que se encontraría si la madre hubiera estado tomando anticonceptivos al inicio del embarazo.

Es importante descartar un embarazo preexistente obteniendo una prueba de embarazo antes de utilizar el medicamento. Si la prueba de embarazo es negativa y se indica el contraceptivo postcoital, la prueba de embarazo deberá repetirse semanalmente hasta que el examen arroje positivo o hasta que se presente la menstruación.⁽²⁴⁾

Cuando el embarazo es consecuencia de incesto, la probabilidad de una enfermedad genética grave en el feto aumenta en forma significativa. Se piensa que cada persona porta entre cinco y ocho genes nocivos, la mayoría de los cuales son recesivos y no se expresan.

Cuando se produce una relación sexual entre individuos relacionados, la probabilidad de que se presente una enfermedad genética grave en el feto aumenta drásticamente. Cuando las relaciones sexuales son entre parientes de primer grado (padre-hija, hermano-hermana), la probabilidad de malformaciones graves y/o retardo mental en el hijo son de 50% a 69%. En relaciones entre parientes de segundo grado (hermano/media hermana, tío/sobrina), las probabilidades de que el niño presente malformaciones o retardo mental es la mitad que para los parentescos de primer grado. En las relaciones entre primos, el riesgo es de un cuarto del riesgo para el parentesco de primer grado.

Cuando se produce embarazo como consecuencia de incesto, abuso o violación, las opciones de manejo incluyen aborto, continuar con el embarazo hasta su término y dar al niño en adopción, o continuar con el embarazo hasta su término y conservar al hijo.⁽²⁴⁾

En cualquier caso, es fundamental brindar apoyo psicológico a la adolescente embarazada. Una historia de abuso sexual puede aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo. Las adolescentes embarazadas han demostrado tener una alta prevalencia de historas de abuso sexual. Además, las adolescentes embarazadas con una historia de abuso tienen más

probabilidades de consumir drogas y alcohol, tienen menos probabilidades de usar anticonceptivos, y habitualmente tuvieron su primera relación sexual a una edad más joven que las adolescentes embarazadas que no tienen una historia de abuso. Las adolescentes con una historia de abuso pueden tener un riesgo más alto de complicaciones del embarazo, incluido un parto prematuro y sangramiento temprano en el embarazo, comparadas con las adolescentes embarazadas sin una historia de abuso.

Las adolescentes abusadas también tienen más probabilidades que las no abusadas de tratar de quedar embarazadas intencionalmente.

El personal de salud que atiende a las adolescentes víctimas de abuso sexual deberá proporcionar información y consejería sobre prevención de embarazo, anticoncepción y sexualidad a estas jóvenes del “alto riesgo”.⁽²⁴⁾

Enfermedades de transmisión sexual

La presencia de enfermedades y microorganismos de transmisión sexual en niños puede o no ser un diagnóstico de abuso sexual. La epidemiología, el diagnóstico y los modos de contagio de enfermedades de transmisión sexual en niños difieren de las de los adultos. Los médicos deberán estar concientes de las diferencias biológicas de los tractos genitales infantiles que afectan la facilidad de infección de los organismos.⁽²⁴⁾

También deben diferenciar la adquisición sexual de microorganismos de transmisiones perinatales.

Finalmente, los procedimientos de detección deben reflejar el hecho de que la sensibilidad y especificidad de las pruebas diagnósticas de microorganismos transmitidos sexualmente que se usan en adultos pueden no ser adecuadas para niños. Una variedad de organismos patogénicos pueden ser transmitidos sexualmente de un adulto a un niño.

La infección por **neisseria gonorrhoeae** fuera del período neonatal inmediato se puede atribuir a abuso sexual. El microorganismo es muy fastidioso y es improbable que sea transmitido por contacto casual. La *neisseria gonorrhoeae* puede ser diagnosticada erróneamente mediante pruebas diagnósticas rápidas.

Se indica el uso de al menos dos pruebas de confirmación diferentes en casos de gonorrea infantil. Aun cuando en países desarrollados recomiendan usar cultivos para diagnosticar la gonorrea infantil, los métodos de amplificación del ácido nucleico han demostrado ser muy promisorios. Cuando se prueban adecuadamente, podrían ofrecer mayor sensibilidad y estarían disponibles fácilmente en áreas donde hay dificultades de acceso a servicios de laboratorio.⁽²⁴⁾

Estudios recientes han demostrado que cultivos para detectar la *Neisseria gonorrhoeae* rara vez son positivos en niños prepuberales sin signos y síntomas de vaginitis o en niños que no han sido expuestos a perpetradores con infecciones documentadas. Probablemente no se justifica el uso de exámenes de rutina para detectar *Neisseria gonorrhoeae* en niños prepuberales asintomáticos que han sido evaluados para detectar abuso sexual.

La *Neisseria gonorrhoeae* ha demostrado ser sensible al tratamiento con una dosis única de cefixima oral en adultos. Esto ofrece un tratamiento simple para niños que evita la colocación de una inyección intramuscular. Debido a que la eficacia de este tratamiento no ha sido demostrada en niños, los cultivos de control para comprobar que el niño ha sanado son imperativos si se utiliza este régimen.

La **chlamydia trachomatis** se puede adquirir en el periodo perinatal y el niño ser un portador asintomático después del nacimiento. Es probable que las infecciones que aparecen después del segundo año de vida y/o las infecciones sintomáticas sean adquiridas sexualmente.⁽²⁴⁾

Las pruebas diagnósticas rápidas para detectar la Clamidia no han demostrado ser sensible o específicas para infecciones en niños, a pesar de que se están probando exámenes de amplificación del ácido nucleico más nuevos que parecen prometedores para uso futuro en niños.

Las infecciones por tricomonas vaginales en niños probablemente son causadas por abuso sexual. El diagnóstico con una preparación húmeda salina de los fluidos vaginales puede no detectar las infecciones por tricomonas

Las infecciones por virus **herpes genital**, por su apariencia clínica, pueden ser difíciles de diferenciar de otras infecciones y cuadros genitales.⁽²⁴⁾

Los cultivos pueden ser útiles si son positivos y si es posible tipificar el virus. Recientemente han aparecido exámenes comerciales confiables de anticuerpos séricos virales específicos, los cuales son útiles para documentar la infección.

La presencia de una infección genital por herpes Tipo I no descarta el abuso sexual, aun cuando las infecciones Tipo I son menos probables de ser transmitidas por contacto sexual.

La vaginosis bacteriana (una infección gram negativa mixta asociada con una **Gardnerella vaginalis**) se encuentra con más frecuencia en niñas que han sido víctimas de abuso sexual que en los controles.⁽²⁴⁾

La presencia de vaginosis bacteriana o Gardnerella vaginalis no es un diagnóstico de abuso. La precisión del criterio diagnóstico de vaginosis bacteriana usado en adultos no ha sido evaluado clínicamente en niños.

Las verrugas genitales y anales son causadas por infecciones con el **virus papiloma humano**. En adultos, las verrugas anales o vaginales son transmitidas sexualmente. La transmisión directa de verrugas no es probable.⁽²⁴⁾

En lactantes, la exposición perinatal al virus papiloma humano ha sido bien documentado. Sin embargo, investigación reciente indica que el VPH es sumamente raro en lactantes de madres infectadas y el riesgo de que los niños presenten verrugas clínicas evidentes es incluso más raro.

La mayoría de los casos de verrugas genitales y anales en niños son causadas por uno de los tipos de virus de papiloma humano conocidos por causar la enfermedad transmitida sexualmente condylomata acuminata en adultos en lugar de por los tipos de virus que causan las verrugas dérmicas no congénitas comunes.

Muchos casos de verrugas genitales y anales en niños han demostrado ser adquiridas sexualmente.

Quedan muchas preguntas por responder en relación con la epidemiología de las infecciones por el virus papiloma humano en niños. Las diferencias entre niños y adultos que podrían afectar los modos de transmisión podrían incluir las diferencias entre la mucosa genital y la piel genital y anal de los niños y adultos, como también, las diferencias en la presentación clínica de la infección viral primaria comparada con la reinfección. Aun cuando se recomienda ser prudentes al interpretar las implicancias de las verrugas genitales y anales, en cada caso en que se presenten fuera del period neonatal, se deberá considerar la posibilidad de abuso sexual como una posible etiología.

Las infecciones por el **Treponema pallidum** han sido documentadas en niños abusados sexualmente. La sífilis debería ser considerada una prueba de abuso sexual salvo que se demuestre que fue adquirida congénitamente.⁽²⁴⁾

El diagnóstico clínico de la sífilis en niños puede pasar inadvertido. La mayoría de los médicos generalmente no sospecha de sífilis cuando se ven enfrentados a erupciones y lesiones sifilíticas puesto que estas pueden confundirse con lesiones producidas por otras enfermedades comunes de la infancia.

Los niños pueden adquirir el **VIH y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)** mediante abuso sexual. Una historia de abuso sexual en la infancia ha sido considerada un factor de riesgo de infección de VIH en adultos.⁽²⁴⁾

Por lo que realizar prueba para descartar la infección por este virus en niños que han sido abusados sexualmente es imperante no solo en una ocasión si no realizar pruebas en al menos un period de 2 años con intervalos de 6 meses.

Criterios de hospitalización

Hay dos indicaciones de internación para los casos de abuso sexual en niños⁽¹⁷⁾

- 1) injuria severa que requiera tratamiento y
- 2) hogar inseguro.

Sin embargo, el manejo ambulatorio de las víctimas de abuso sexual es recomendable. Hay que evitar traumatizar aún más al niño. Si se trata de un perpetrador intrafamiliar del sexo masculino, éste debe abandonar la casa para cuando el niño regrese. Los niños que son hospitalizados debido a un hogar inseguro pueden creer que son echados de su casa por haberse portado mal. Otra consecuencia de la internación es la transmisión a los padres de la idea de que son incapaces de cuidar al niño. Ambos mensajes son perjudiciales para el niño, por lo que el abordaje del paciente hospitalizado debe ser con sumo cuidado por parte tanto del personal médico como paramédico.

Secuelas emocionales en las víctimas de abuso sexual

Se pueden mencionar secuelas emocionales a corto y largo plazo, las cuales se describen detalladamente a continuación: ^(23,25)

Consecuencias a corto plazo

Al menos un 80% de las víctimas sufren consecuencias psicológicas negativas. El alcance del impacto psicológico va a depender del grado de culpabilización del niño por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima. En general, las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas; los niños, fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización, así como comportamientos sexuales agresivos. ^(23,25)

Respecto a la edad, los niños muy pequeños (en la etapa de preescolar), al contar con un repertorio limitado de recursos psicológicos, pueden mostrar estrategias de negación de lo ocurrido.

En los niños un poco mayores (en la etapa escolar) son más frecuentes los sentimientos de culpa y de vergüenza ante el suceso. El abuso sexual presenta una especial gravedad en la adolescencia porque el padre puede intentar el coito, existe un riesgo real de embarazo y la adolescente toma conciencia del alcance de la relación incestuosa. No son por ello infrecuentes en la víctima conductas como huidas de casa, consumo abusivo de alcohol y drogas, promiscuidad sexual e incluso intentos de suicidio.

Consecuencias a largo plazo

Los efectos a largo plazo son menos frecuentes y más difusos que las secuelas iniciales, pero pueden afectar, al menos, al 30% de las víctimas .

Los problemas más habituales son las alteraciones en la esfera sexual - disfunciones sexuales y menor capacidad de disfrute, especialmente-, la depresión y el trastorno de estrés postraumático, así como un control inadecuado de la ira (en el caso de los varones, volcada al exterior en forma de violencia; en el de las mujeres, canalizada en forma de conductas autodestructivas).⁽²³⁾

En otros casos, sin embargo, el impacto psicológico a largo plazo del abuso sexual puede ser pequeño (a menos que se trate de un abuso sexual grave con penetración) si la víctima no cuenta con otras adversidades adicionales, como el abandono emocional, el maltrato físico, el divorcio de los padres, una patología familiar grave, etc. ⁽²⁵⁾

Desde el punto de vista del trauma en sí mismo, lo que predice una peor evolución a largo plazo es la presencia de sucesos traumáticos diversos en la víctima, la frecuencia y la duración de los abusos, la posible existencia de una violación y la vinculación familiar con el agresor, así como las consecuencias negativas derivadas de la revelación del abuso (por ejemplo, romperse la familia, poner en duda el testimonio del menor, etc.).⁽²³⁾

III. OBJETIVOS

GENERAL

1. Describir la caracterización sociodemográfica de los pacientes con diagnóstico confirmado de abuso sexual.

ESPECIFICOS

1. Identificar los casos de pacientes con diagnóstico confirmado de abuso sexual.
2. Delimitar el género que con mayor frecuencia sufre abuso sexual
3. Determinar religión del paciente y sus padres.
4. Describir lugar de procedencia y residencia del paciente y sus padres.
5. Caracterizar contexto de las viviendas (estructura, servicios básicos) en las cuales habitan tanto el paciente como sus padres.
6. Delimitar escolaridad de los padres del paciente.
7. Describir ocupación de los padres del paciente.
8. Identificar adicciones de los padres del paciente.
9. Establecer funcionalidad o disfuncionalidad familiar.

IV. MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio

Descriptivo retrospectivo analítico

Unidad de análisis

Expedientes clínicos de pacientes menores de 12 años que se evaluaron en consulta externa y área hospitalaria del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con diagnóstico confirmado de abuso sexual, del 01 de enero del 2008 al 31 de junio del 2012.

Población

Pacientes menores de 12 años atendidos en consulta externa y área hospitalaria del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, con diagnóstico confirmado de abuso sexual durante los años comprendidos del 01 de enero de 2008 al 31 de junio del 2012.

Tipo de muestra

Se tomaron todos los pacientes con diagnóstico confirmado de abuso sexual del 01 de enero del 2008 al 31 de junio del 2012.

Criterios de inclusión

Pacientes:

- Ambos géneros
- Menores de 12 años
- Evaluados en consulta externa o área hospitalaria del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
- Con diagnóstico confirmado de abuso sexual del 01 de enero de 2008 al 31 de junio del 2012

Criterios de exclusión

Pacientes:

- A quienes no se dió seguimiento de caso por cualquier motivo
- Con expedientes que presentaron problemas en el momento de accederlos.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de medición	Instrumento
Edad paciente	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo	EDAD: Intervalo de edad así: 0 días – 1 mes 2 mes – 1 año 2 año – 4 años 5 años - 10años Mayores de 10 años	Cuantitativa	Razón	Instrumento recolección de datos
Género Paciente	Conjunto de significados y mandatos que biológicamente corresponden al hombre o a la mujer	GENERO: Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal	Instrumento recolección de datos
Religión Paciente	Sistema de la actividad humana compuesto por creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado	RELIGION: Católica Evangélica Mormona Testigo de Jehová Otra	Cualitativa	Nominal	Instrumento recolección de datos
Lugar procedencia	Termino geográfico que determina el lugar en el cual nació una persona	LUGAR PROCEDENCIA Rural Urbano	Cualitativo	Nominal	Instrumento recolección de datos

Lugar residencia paciente	Termino geográfico que determina el lugar en el cual se reside	LUGAR RESIDENCIA Rural Urbano	Cualitativo	Nominal	Instrumento recolección de datos
Estructura vivienda (techo, paredes y piso)	Se refiere a la disposición y materiales con los cuales se encuentra construida una vivienda.	ESTRUCTURA VIVIENDA Conjunto de materiales con los cuales se encuentra construidas las diferentes estructuras de la vivienda.	Cualitativo	Nominal	Instrumento recolección de datos
Servicios básicos en vivienda del paciente	Condición de acceso a servicios básicos de la vivienda, los cuales son: agua, luz, drenaje y teléfono	SERVICIOS BASICOS Agua Luz Drenaje Telefono	Cualitativo	Nominal	Instrumento recolección de datos
Edad padres del paciente	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo	EDAD DE PADRES 15 – 20 años 21 – 25 años 26 - 30 años 31 - 36 años 35 – 40 años Mayores de 40 años	Cuantitativa	Razón	Instrumento recolección de datos
Estado civil padres	Se refiere al estado de las personas en cuanto a sus relaciones dentro del matrimonio	ESTADO CIVIL Casado Soltero Unido Divorciado Viudo	Cualitativo	Nominal	Instrumento recolección de datos
Religión padres	Sistema de la actividad humana compuesto por creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado	RELIGION: Católica Evangélica Mormona Testigo de Jehová	Cualitativa	Nominal	Instrumento recolección de datos

Lugar procedencia padres	Termino geográfico que determina el lugar en el cual nació una persona	LUGAR PROCEDENCIA Rural Urbano	Cualitativo	Nominal	Instrumento recolección de datos
Lugar residencia padres	Termino geográfico que determina el lugar en el cual se reside	LUGAR RESIDENCIA Rural Urbano	Cualitativo	Nominal	Instrumento recolección de datos
Escolaridad padres	Conjunto de actos personales que se llevan a cabo en un establecimiento docente, dando un grado de conocimiento sistemático	ESCOLARIDAD Alfabeta Primaria Secundaria Diversificado Universitario Analfabeta	Cualitativo	Nominal	Instrumento recolección de datos
Ocupación padres	Actividad a la que una persona se dedica, de manera continua.	Trabajo que una persona realiza en determinado tiempo	Cualitativo	Nominal	Instrumento recolección de datos
Vicios paternos	Practica o habito que se considera incorrecto, depravado o degradante en la sociedad.	VICIOS Alcoholismo Tabaquismo Drogadiccion Otro	Cualitativo	Nominal	Instrumento recolección de datos

Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos

Técnicas

Se llevó a cabo una revisión detallada y sistemática de los expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico confirmado de abuso sexual que fueron evaluados en la consulta externa o área hospitalario del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social del 01 de enero del 2008 al 31 de junio del 2012.

Procedimientos

Se solicitaron previa autorización en el archivo y registro y estadística del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y se llevó a cabo revisión de aquellos expedientes de los pacientes con diagnóstico confirmado de abuso sexual del 01 de enero del 2008 al 31 de junio del 2012.

Se realizó instrumento colector el cual cuenta con dos diferentes secciones: sección #1 dirigida a la caracterización sociodemográfica del paciente y la sección #2 dirigida hacia la caracterización sociodemográfica de los padres.

A través de un instrumento recolector, se llevó a cabo la recolección de datos que se determinaron de acuerdo a las variables establecidas.

Una vez se recolectaron los datos en el instrumento recolector, se llevó a cabo una base de datos, en la cual se procesaron los datos por EpiInfo, para contar con una herramienta fidedigna para el análisis de los mismos.

Los resultados obtenidos, luego se representaron en tablas y gráficas que sirvieron como herramientas para llevar a cabo el proceso final de investigación.

Instrumento

El instrumento recolector de datos, constó de preguntas estructuradas, con dos secciones. La sección # 1 fue dirigida al conocimiento sociodemográfico del paciente diagnosticado con abuso sexual y la sección # 2 dirigida al conocimiento de la condición sociodemográfica de los padres de los pacientes diagnosticados.

Aspectos éticos de la investigación

Se considera el presente trabajo una investigación de salud sin riesgo, categoría I, ya que no realizó ninguna intervención o modificación directa con las personas involucradas en la misma. La información generada por esta investigación se manejó con la confidencialidad y profesionalismo propio de las investigaciones médicas, con fines propiamente científicos.

Plan de procesamiento y análisis de datos

Procesamiento de datos

Tras obtener los resultados a través de la boleta recolectora de datos, se llevó a cabo la tabulación de los mismos por medio de una base de datos en programa Excel y procesados en EpiInfo 2000.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la base de datos, se llevó a cabo la realización de tablas y graficas que sirvieron como instrumento para llevar a cabo el análisis de los mismos.

Análisis de datos

De acuerdo a los resultados obtenidos tras el procesamiento de los datos, se llevó a cabo un análisis descriptivo de los mismos dirigidos a determinar la condición sociodemográfica de los pacientes y sus padres.

Alcances y límites de la investigación

Alcances

Determinó la condición sociodemográfica de los pacientes menores de 12 años con diagnostico confirmado de abuso sexual.

Límites

El presente estudio se limitó al ser una descripción socio demográfica de los padres y pacientes con diagnostico confirmado de abuso sexual evaluados en consulta externa o área hospitalaria del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social del 01 de enero del 2008 al 31 de junio del 2012.

V. RESULTADOS

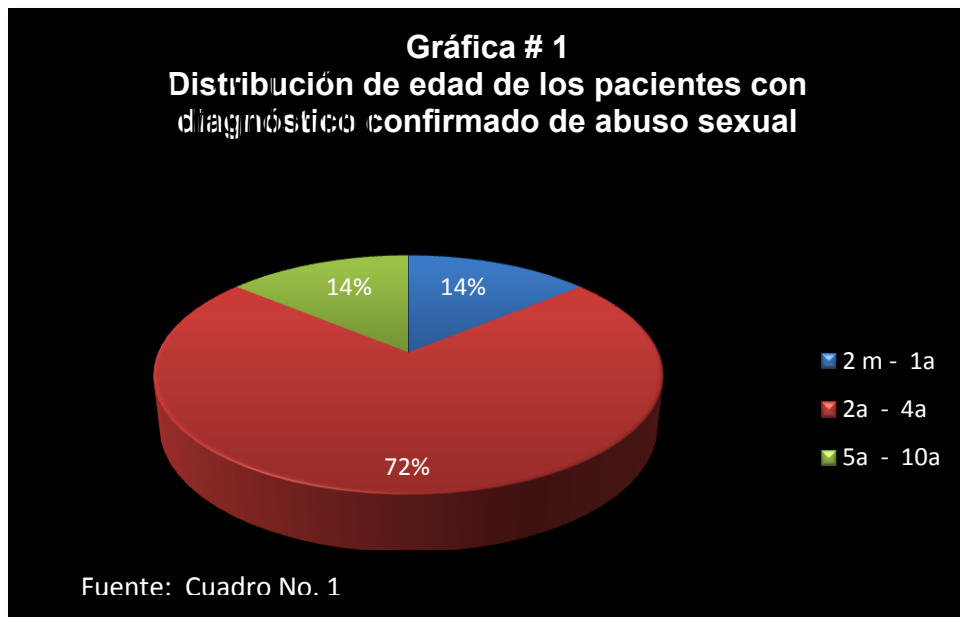
SECCION # 1 -- CONDICION SOCIODEMOGRAFICA DEL PACIENTE

Cuadro # 1

Distribución de edad de los pacientes con diagnóstico confirmado de abuso sexual

Año	0 - 1 mes	2 meses - 1 año	2 año - 4 años	5 años - 10 años	> 10 años
2008	0	2	1	0	0
2009	0	0	4	0	0
2010	0	0	3	1	0
2011	0	0	2	1	0
Total	0	2	10	2	0
%	0	14	72	14	0

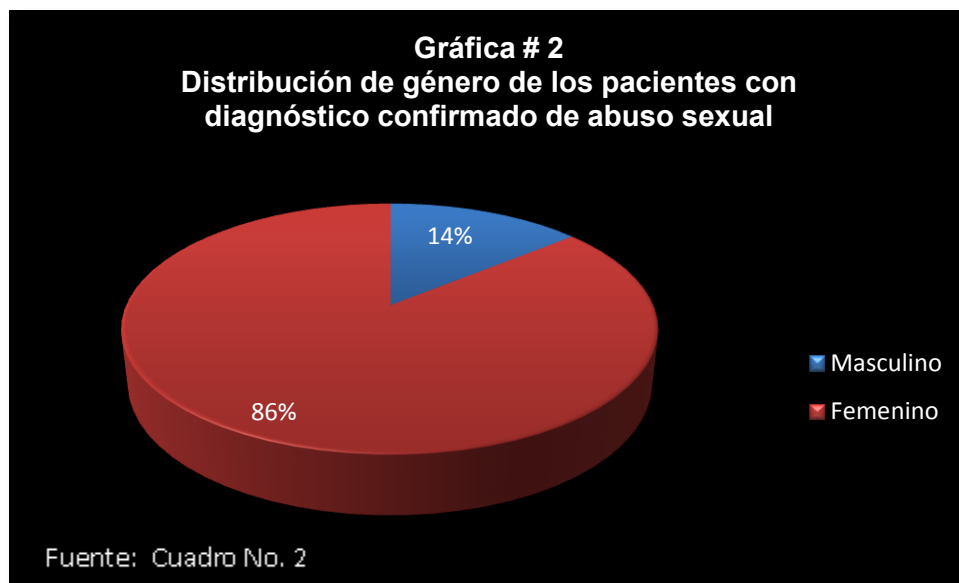
Fuente: Boleta recolectora de datos



Cuadro # 2
Distribución de género de los pacientes con
diagnóstico confirmado de abuso sexual

Año	Masculino	Femenino
2008	0	3
2009	2	2
2010	0	4
2011	0	3
Total	2	12
%	14	86

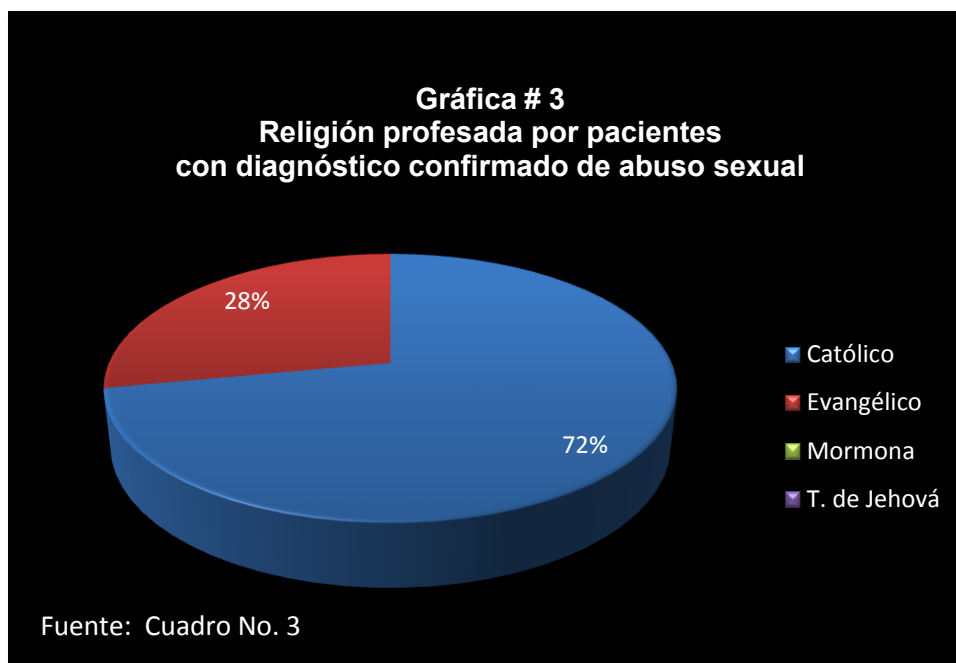
Fuente: Boleta recolectora de datos



Cuadro # 3
Religión profesada por pacientes
con diagnóstico confirmado de abuso sexual

Año	Católica	Evangélica	Mormona	Testigo Jehová	Otro
2008	2	1	0	0	0
2009	2	2	0	0	0
2010	3	1	0	0	0
2011	3	0	0	0	0
Total	10	4	0	0	0
%	72	28	0	0	0

Fuente: Boleta recolectora de datos

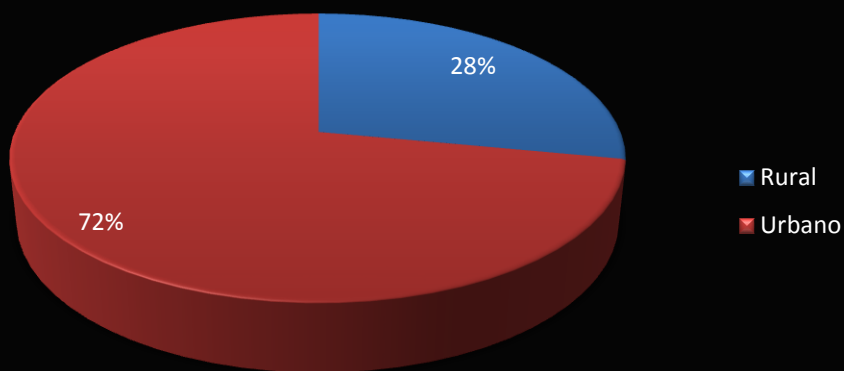


Cuadro # 4
Lugar de residencia y procedencia de los pacientes
con diagnóstico confirmado de abuso sexual

Año	Residencia		Procedencia	
	Rural	Urbano	Rural	Urbano
2008	0	3	0	3
2009	2	2	2	2
2010	1	3	1	3
2011	1	2	1	2
Total	4	10	4	10
%	28	72	28	72

Fuente: Boleta recolectora de datos

Gráfica # 4
Lugar de residencia y procedencia de los
pacientes con diagnóstico confirmado de abuso
sexual



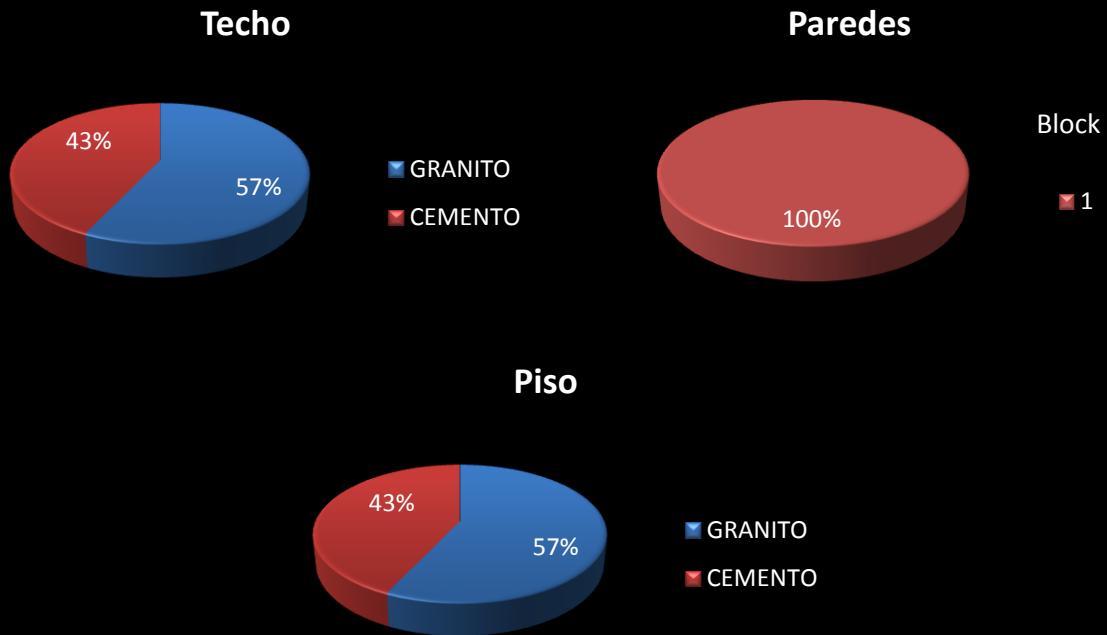
Fuente: Cuadro No. 4

Cuadro # 5
Estructura de la vivienda de los pacientes con diagnóstico
confirmado de abuso sexual

Año	Techo			Paredes				Piso				
	Terraza	Lamina	Otro	Block	Lamina	Adobe	Otro	Ceramico	Granito	Cemento	Tierra	Otro
2008	1	2	0	3	0	0	0	0	2	1	0	0
2009	3	1	0	4	0	0	0	0	2	2	0	0
2010	2	2	0	4	0	0	0	0	2	2	0	0
2011	2	1	0	3	0	0	0	0	2	1	0	0
Total	8	6	0	14	0	0	0	0	8	6	0	0
%	57	43	0	100	0	0	0	0	57	43	0	0

Fuente: Boleta recolectora de datos

Gráfica # 5
Estructura de la vivienda de los pacientes con diagnóstico
Confirmado de abuso sexual



Fuente: Cuadro #5

Cuadro # 6

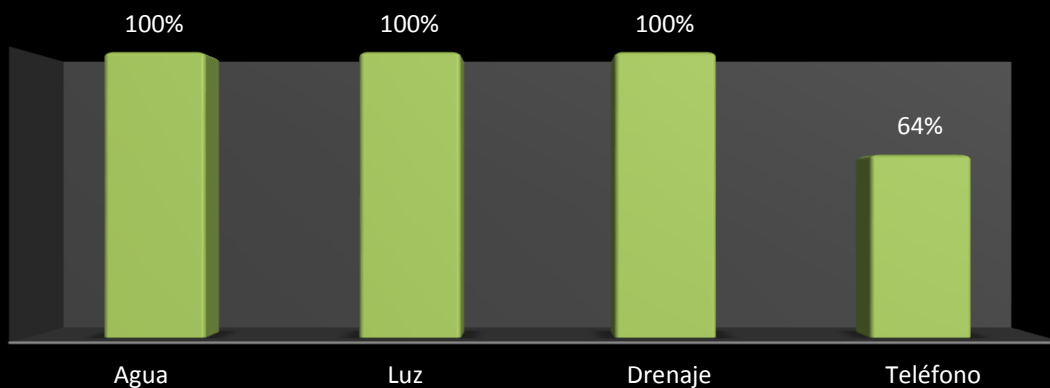
**Servicios básicos con los que cuentan las viviendas de los
pacientes con diagnóstico confirmado de abuso sexual**

Año	Agua	Luz	Drenaje	Teléfono
2008	3	3	3	0
2009	4	4	4	4
2010	4	4	4	3
2011	3	3	3	2
Total	14	14	14	9
%	100	100	100	64

Fuente: Boleta recolectora de datos

Gráfica # 6

**Servicios básicos con los que cuentan las
viviendas de los pacientes con diagnóstico
confirmado de abuso sexual**



Fuente: Cuadro #6

Cuadro #7
Distribución de la edad de los padres de
los pacientes con diagnóstico confirmado de abuso sexual

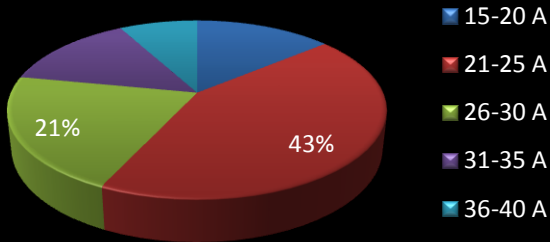
Año	Padre						Madre					
	15-20 años	21-25 años	26-30 años	31-35 años	36-40 años	>40 años	15-20 años	21-25 años	26-30 años	31-35 años	36-40 años	>40 años
2008	0	2	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0
2009	0	2	2	0	0	0	1	3	0	0	0	0
2010	0	4	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0
2011	0	2	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0
Total	0	10	4	0	0	0	2	6	3	2	1	
%	0	72	28	0	0	0	14	43	21	14	8	0

Fuente: Boleta recolectora de datos

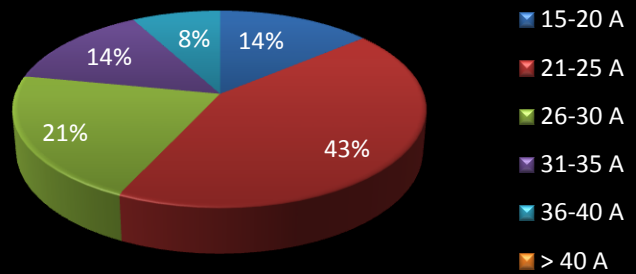
Gráfica # 7

Distribución de la edad de los padres de los pacientes con diagnóstico confirmado de abuso sexual

Edad del padre del paciente



Edad de la madre del paciente



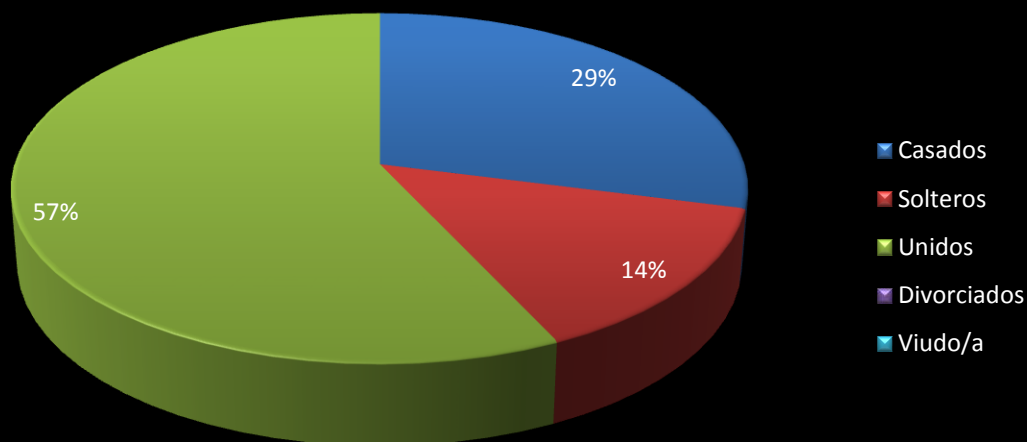
Fuente: Cuadro # 7

Cuadro # 8
Estado civil de los padres de los pacientes con
diagnóstico confirmado de abuso sexual

Año	Casados	Solteros	Unidos	Divorciados	Viudo/a
2008	1	1	1	0	0
2009	1	1	2	0	0
2010	1	0	3	0	0
2011	1	0	2	0	0
Total	4	2	8	0	0
%	29	14	57	0	0

Fuente: Boleta recolectora de datos

Gráfica # 8
Estado civil de los padres de los pacientes con
diagnóstico confirmado de abuso sexual



Fuente: Cuadro # 8

Cuadro # 9

Distribución de la religión que profesan los padres de los pacientes con diagnóstico confirmado de abuso sexual

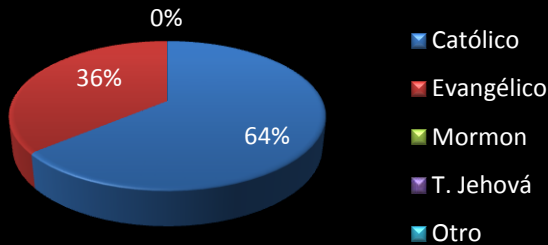
Año	Padre					Madre				
	Catolico	Evagelico	Mormon	Testigo Jehová	Otro	Catolica	Evagelica	Mormona	Testigo Jehová	Otro
2008	2	0	0	0	1	2	1	0	0	0
2009	2	1	0	0	1	2	2	0	0	0
2010	3	1	0	0	0	3	1	0	0	0
2011	2	1	0	0	0	2	1	0	0	0
Total	9	3	0	0	2	9	5	0	0	0
%	64	22	0	0	14	64	36	0	0	0

Fuente: Boleta recolectora de datos

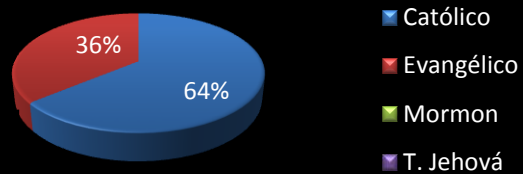
Gráfica # 9

Distribución de la religión que profesan los padres de los pacientes con diagnóstico confirmado de abuso sexual

Religión del padre del paciente



Religión de la madre del paciente



Fuente: Cuadro # 9

Cuadro # 10

Distribución de la residencia y procedencia de los padres de pacientes con diagnóstico confirmado de abuso sexual

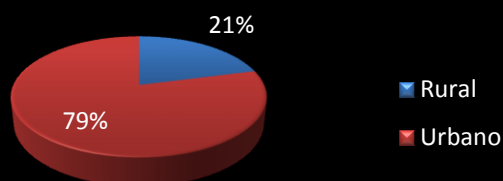
Año	Padre				Madre			
	Residencia		Procedencia		Procedencia		Residencia	
	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano
2008	0	3	0	3	0	3	0	3
2009	1	3	1	3	1	3	0	0
2010	0	4	1	3	1	3	1	3
2011	1	2	1	2	1	2	1	2
Total	2	12	3	11	3	11	2	12
%	14	86	21	79	21	79	14	86

Fuente: Boleta recolectora de datos

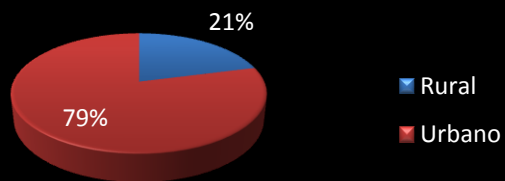
Gráfica # 10

Distribución de la residencia y procedencia de los padres de pacientes con diagnóstico confirmado de abuso sexual

Residencia de los padres del paciente



Procedencia de los padres del paciente



Fuente: Cuadro #10

Cuadro # 11
Escolaridad de los padres de pacientes con diagnóstico
Confirmado de abuso sexual

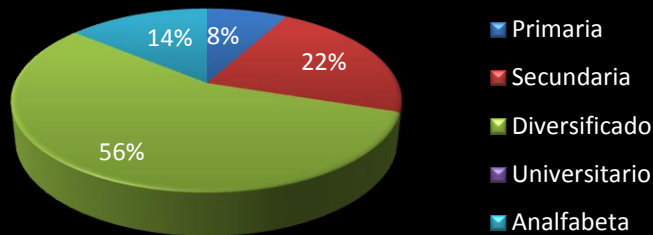
Año	Padre					Madre				
	Alfabeta				Analfabeta	Alfabeta				Analfabeta
	Primaria	Secundaria	Diversificado	Universitario		Primaria	Secundaria	Diversificado	Universitaria	
2007	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
2008	0	0	3	0	0	1	0	0	0	1
2009	1	2	0	0	1	0	1	3	0	0
2010	0	1	3	0	0	0	1	3	0	0
2011	0	1	2	0	0	0	1	2	0	1
Total	1	4	8	0	1	1	3	8	0	2
%	8	28	56	0	8	8	22	56	0	14

Fuente: Boleta recolectora de datos

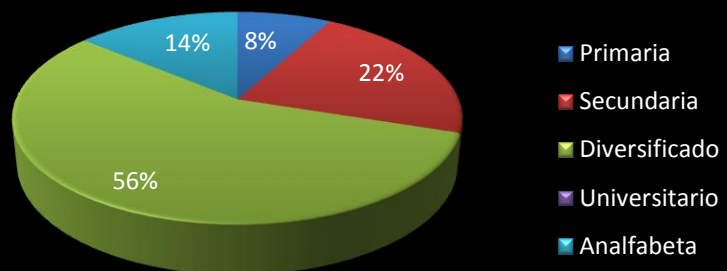
Gráfica # 11

Escolaridad de los padres de pacientes con diagnóstico Confirmado de abuso sexual

Escolaridad del padre del paciente



Escolaridad de la madre del paciente



Fuente: Cuadro #11

Cuadro # 12
Ocupación de los padres de pacientes con
diagnóstico confirmado de abuso sexual

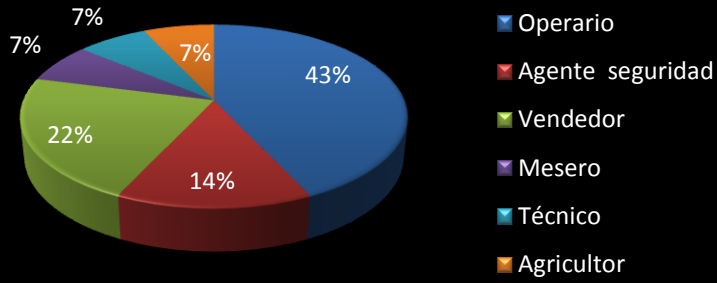
Año	Padre						Madre			
	Operario	Agente seguridad	Vendedor	Mesero	Tecnico	Agricultor	Ama casa	Secretaria	Operaria	Cajera
2008	2	1	0	0	0	0	3	0	0	0
2009	2	1	1	0	0	0	3	1	0	0
2010	2	0	1	1	1	0	1	1	1	1
2011	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0
Total	6	2	3	1	1	1	8	3	2	1
%	43	14	22	7	7	7	57	22	14	7

Fuente: Boleta recolectora de datos

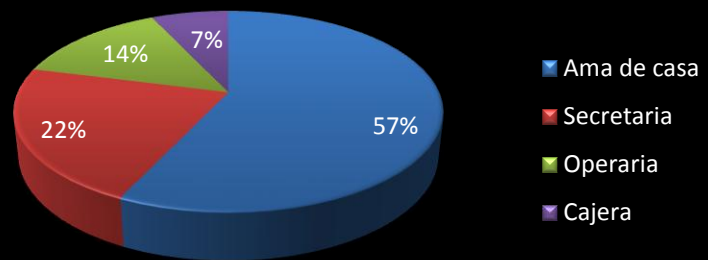
Gráfica # 12

Ocupación de los padres de pacientes con diagnóstico confirmado de abuso sexual

Ocupación del padre del paciente



Ocupación de la madre paciente



Fuente: Cuadro #12

Cuadro # 13
Adicción de los padres de pacientes con
diagnóstico confirmado de abuso sexual

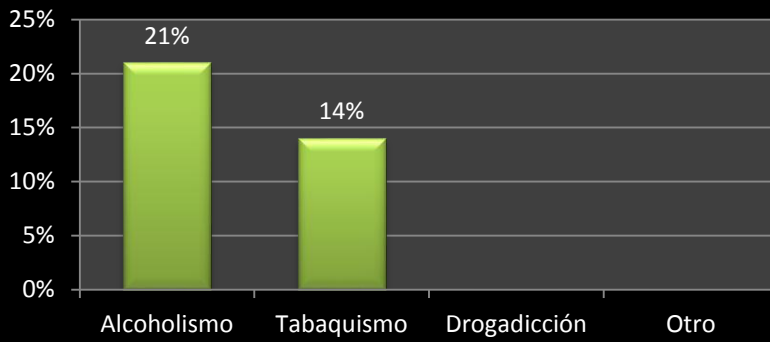
Año	Padre				Madre			
	Alcoholismo	Tabaquismo	Drogadiccion	Otro	Alcoholismo	Tabaquismo	Drogadiccion	Otro
2008	1	0	0	0	0	0	0	0
2009	0	0	0	0	1	0	0	0
2010	1	2	0	0	0	0	0	0
2011	1	0	0	0	0	0	0	0
Total	3	2	0	0	1	0	0	0
%	21	14	0	0	7	0	0	0

Fuente: Boleta recolectora de datos

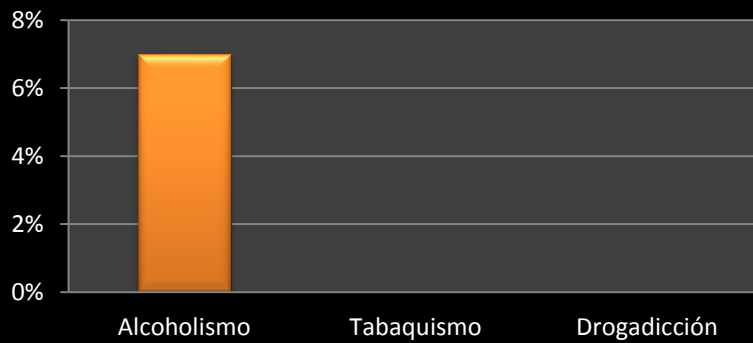
Gráfica # 13

Adicción de los padres de pacientes con diagnóstico confirmado de abuso sexual

Adicción del padre del paciente



Adicción de la madre del paciente



Fuente: Cuadro #13

VI. DISCUSION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El abuso sexual infantil se define como el contacto o interacciones entre un niño y un adulto, cuando el primero se utiliza como estimulación sexual del segundo o de otra persona, aunque también puede cometerse por un menor de 18 años cuando es mayor que la víctima o cuando está en situación de poder o control sobre la víctima. ⁽¹⁾

La incidencia real de abuso sexual infantil no se conoce debido a la baja declaración existente. Las cifras de abuso sexual dependen de la metodología de investigación utilizada. En esta investigación únicamente se tomaron en cuenta a aquellos pacientes con diagnóstico confirmado de abuso sexual entre el 1 de enero del 2008 y el 31 de junio del 2012, en el Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que sean menores de 12 años de edad.

Las investigaciones existentes muestran que el abuso sexual en América Latina comienza tan temprano como a los cinco años de edad, y aumenta significativamente entre los cinco y los nueve años. La información de distintos países es coincidente también en que un 70% y un 80% de las víctimas son niñas.

De acuerdo a lo anteriormente descrito, podemos determinar que el inicio de abuso sexual según esta investigación, tiene un inicio más temprano, ya que más del 70% de los niños con diagnóstico confirmado de abuso sexual en el Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se encuentran entre los 2 y 4 años de vida, según datos presentados en el cuadro #1. En cuanto a los datos recolectados del género más afecto, sí se coincide con los datos que se tienen a nivel Latino Americano, ya que se pudo determinar a través de la recolección de datos que más del 80% son pacientes de género femenino.

Aunque en cuanto a los datos de perfil social, no se tienen datos de investigaciones previas que nos sirvan como punto comparativo, para los datos que se obtuvieron en esta investigación; se consideró un punto clave la descripción del perfil social tanto de los padres como del paciente, dada las amplias diferencias sociales que se viven en nuestro país.

Se pudo determinar que la mayoría tanto de pacientes como de los padres de los mismos tienen un perfil social que se ubica en área urbana (72%), con características de vivienda que reflejan una adecuada estructura, con techo tipo terraza, piso de granito y paredes de block, asimismo cuentan en un gran porcentaje con servicios básicos de agua, luz y drenajes, según datos presentados en cuadros # 4 y 5.

De tal manera que los pacientes con diagnóstico de abuso sexual, no se correlaciona con aspectos sociales de ruralidad.

La edad de los padres, es otro aspecto importante a determinar, ya que deben descartarse relación entre padres adolescentes y abuso sexual en los hijos de éstos, la cual esta bien descrita en investigaciones realizadas a nivel Latinoamericano.

La mayoría de padres de los pacientes tienen una edad que se encuentra entre los 21 – 25 años de edad (72% de los padres y 43% de las madres), según datos presentados en el cuadro #7. De tal manera que aunque no se encuentran en edad adolescente, éstos si son adultos jóvenes, que al correlacionarlo con un alto porcentaje de baja escolaridad (incluyendo hasta un 14% de analfabetismo), determina a los hijos de estos padres, con factores de riesgo importantes para no recibir un cuidado integral efectivo, que se refleja a través del abuso sexual del cual dichos pacientes fueron víctimas.

Otro aspecto analizado es la ocupación de los padres. Es notorio el reflejo de la baja escolaridad de los padres de los pacientes ya que la mayoría de ellos tienen trabajos más bien técnicos y de trabajo físico, con poca relación intelectual (operarios de maquila, agentes de seguridad, meseros y agricultores, en total un 88%, con las ocupaciones anteriormente mencionadas. Apenas un pequeño porcentaje (22%), tienen algún grado de intelectualidad con su trabajo al referir ser vendedores del sector formal de la economía de nuestro país, esto según el cuadro #12.

Según en cuadro #12, en cuanto a las madres de los pacientes, un buen porcentaje de ellas se dedican a los oficios domésticos (57%), en sus hogares o en otras casas donde obtienen alguna paga por su trabajo. El resto de madres en contraposición de los padres de los pacientes sí deben tener algún grado mayor de escolaridad para desempeñar la ocupación que referían, secretaria (22%) y cajera (7%).

Otro aspecto fundamental es determinar el estado civil de los padres que determina en un muy buen porcentaje la funcionalidad o disfuncionalidad de los hogares de los pacientes. Llama la atención que ni una pareja de padres refirió ser divorciados, siendo el mayor porcentaje de parejas únicamente unidas (57%), al reinterrogarlos indicaron que la unión de hecho había tenido como causa principal un embarazo no deseado lo que nos orienta a pensar en la probable disfuncionalidad que dicho aspecto puede conllevar en los padres de los pacientes. Un pequeño porcentaje (22%) refirieron ser casados y un 14% de madres son solteras. Información presentada en el cuadro # 8.

Siendo las adicciones aspectos importantes que se deben tomar en cuenta, tras obtener la recolección de datos, se determinó que un 21% de los padres y 7% de las madres tienen problemas de alcoholismo y un 14% de los padres tienen adicción al tabaco. Toda adicción por parte de los padres son características que determinan importantes factores de riesgo, para sufrir no únicamente abuso sexual, sino también otros tipos de maltrato infantil e incluso de violencia intrafamiliar a otro nivel. Información presentada en el cuadro #13.

De acuerdo a lo anteriormente descrito podemos determinar que aunque si bien es cierto hay aspectos de las descripciones sociodemográficas que coinciden con investigaciones previamente realizadas principalmente a nivel Latinoamericano, hay aspectos muy particulares e incluso anteriormente no descritas que se indicaron en este análisis.

VII. CONCLUSIONES

1. El género predominante de abuso sexual en el instituto Guatemalteco de Seguridad Social, está representado por el género femenino, con mayor incidencia de edad en niñas entre los 2 - 4 años de vida, que representan un 72% del total de casos estudiados.
2. Tanto pacientes con diagnóstico confirmado de abuso sexual como sus padres viven en su mayoría en áreas urbanas (72%) con estructuras de viviendas de características urbanas. Asimismo cuentan con servicios básicos de agua, luz y drenajes en el 100% de los casos. De tal manera que no existe relación entre aspectos de ruralidad o urbanidad de los pacientes y sus familias y la incidencia de abuso sexual.
3. Es importante la relación de abuso sexual en pacientes pediátricos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y la edad de sus padres, ya que más de la mitad de los mismos corresponden a la edad adulta joven entre 21 – 25 años (72% de los padres y 43% de las madres).
4. La actividad laboral de los padres de pacientes con diagnóstico confirmado de abuso sexual, es un aspecto importante, ya que aunque la mayoría de los padres trabajan fuera de casa, un alto porcentaje, como operarios de maquila (43%) La mayoría de madres permanecen en casa, realizando tareas domésticas, (57% amas de casa) de tal manera que aunque estén los niños al cuidado de alguno de los padres, estos tienen una alta probabilidad de ser abusados sexualmente.
5. El estado civil de los padres como factor predisponente para determinar funcionalidad familiar, determina que un gran porcentaje de los padres, únicamente están unidos (57%), sin tener un estado civil adecuadamente determinado.
6. El grado de escolaridad de los padres, establece que aunque estos en su gran mayoría sean alfabetas, siendo su grado de escolaridad, diversificado en un 57%, no existe relación entre mayor incidencia de analfabetismo y mayor índice de abuso sexual.
7. Existe poca relación entre adicción de algún tipo de los padres de pacientes con diagnóstico confirmado de abuso sexual ya que la mayoría de padres afirmaron no

tener ningún tipo de adicción, únicamente el 21% de los padres refirieron tener problemas con el alcohol y 14% con el tabaco.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Incorporar al pensum de estudio del postgrado de pediatría más temas relacionados con el abuso sexual, su identificación temprana y oportuna así como las acciones, a llevar a cabo ante casos de abuso sexual infantil.
2. Continuar con trabajos de investigación relacionados con abuso sexual infantil, ya que es un tema de gran importancia y trascendencia en el ámbito pediátrico, el cual ha sido poco estudiado.
3. Para crear un sistema de recolección de datos sistematizado en aquellos casos de abuso sexual infantil, que integre los datos necesarios para dar tratamiento integral a los pacientes y padres que han sufrido de dicho tipo de agresión.
4. Para que en las distintas unidades del Instituto, se lleve a cabo un amplio sistema de plan educacional, en donde se enseñe a padres y pacientes sobre la importancia de denunciar los casos de abuso sexual

IX . REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Echeburúa, E. y col. **Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores**. Barcelona. Ariel. 2005.12. pp 56-87.
2. Redondo, F. **Abuso sexual infantil**. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. 2005.45. pp 3-16.
3. Horno, P., Santos y col. **Abuso sexual infantil: manual de formación para profesionales**. Madrid. Save the Children España.2004. 89-104
4. Pou J. y col. **Abuso sexual: proceso asistencial y médico legal en urgencias**. Hospital SanJuan De Dios, Cantabria. 2008;60:1-8.
5. Arredondo,R. **Manual básico para el diagnóstico y tratamiento del maltrato infantil**. Reino Unido. Bogotá, Colombia. Segunda Edición. Marzo 2006. pp 89-104.
6. UNICEF. **Trastorno de maltrato infantil, un enfoque del abuso sexual infantil**. Vol 4. Febrero 2007.pp 1-19.
7. OMS. **Informe de la reunión consultiva sobre el maltrato de menores**. Ginebra. 2007. Septiembre. pp. 1-28.
8. OPS/OMS. Pan American Journal of Public Health. **Factores de riesgo de trastornos conductuales y emocionales en la niñez**. Vol. 9, No. 4. Abril 2009. pp. 8-23.
9. Echeburúa, E. y col. **Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores**. Barcelona. Ariel. 2005.12. 56-87.
10. Kellogg N. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. **Evaluación del niño sexualmente abusado**.Colombia.Pediatrics 2005;116: pp 506-12.
11. Pou i Fernández J. **Actuación ante la sospecha de maltrato físico o abuso sexual en un menor**. Pediatr Integral.España. 2008. pp 751-759
12. Milner, J.S. y col. **El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos de abuso sexual infantil**. Barcelona. 2005. pp. 195-203.
13. Morataya, P. Cruzada Nacional por el **Buen trato a la infancia**. Sociedad Colombiana de Pediatría. Colombia. Septiembre 2007.pp 56-87.

14. OPS/OMS. **Guías para la vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones**. Febrero 2008.
15. Díaz Huertas y col. **El papel del pediatra**. An Esp Pediatr.España 2009. 548-553.
16. Mas, B. y col. **Abuso sexual y maltrato infantil**. Ed. M.A. Vallejo. Manual de terapia de conducta en la infancia. Madrid. 2005. pp. 231-266.
17. Vázquez Mezquita, B. **Abuso sexual infantil. Evaluación de la credibilidad del testimonio**. Valencia. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. 2007. Barcelona. pp 25 – 84.
18. Pou Fernández J. **Abuso sexual en el Servicio de Urgencias**. En: Tratado de urgencias de pediatría. Madrid. 2005; pp. 767-772.
19. Cantón, J y col. **Sintomatología, evaluación y tratamiento del abuso sexual infantil**. Ed V.E. Caballo y M.A. Simón. Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Madrid. 2006. pp. 293-321.
20. Cantón, J. y col. **Guía para la evaluación del abuso sexual infantil**. Madrid. 2008. pp 34-62.
21. Cantón, J. y col. **Evaluación de los abusos sexuales en la infancia**. En M. Lameiras (Ed.). Abusos sexuales en la infancia. Abordaje psicológico y jurídico. Madrid.2007.pp. 85-113.
22. Ambrosio, V. **Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario**. Documentos Técnicos de Salud Pública nº 22. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Salud. Comunidad de Madrid. 2008. Pp 22-89.
23. Lameiras, M. **Abusos sexuales en la infancia. Abordaje psicológico y jurídico**. Madrid. Biblioteca Nueva. 2009. pp 21-55.
24. García Algar O, Mur Sierra A. **Abuso sexual en la infancia: prevención de las enfermedades de transmisión sexual**.España. 2005.pp 267-271.
25. Ordoñez, J. **Consecuencias abuso sexual infantil, una perspectiva psicológica**. Colombia. 2007.pp31-43.

X. ANEXOS

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Hospital General de Enfermedades
Departamento de Pediatría
Post grado de Pediatría

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

SECCION # 1 -- CONDICION SOCIODEMOGRAFICA DEL PACIENTE

1. Edad del paciente

0 - 1 mes	
2 meses - 1 año	
2 años - 4 años	
5 años - 10 años	
Mayores de 10 años	

2. Género de paciente

Masculino	
Femenino	

3. Religión de paciente

Católica	
Evangélica	
Mormona	
Testigo de Jehová	
Otro	

4. Lugar de procedencia y lugar de residencia paciente

	Procedencia	Residencia
Rural		
Urbano		

5. Estructura de vivienda

Techo	Paredes	Piso
Terraza	Block	Cerámico
Lámina	Lámina	Granito
Otro	Adobe	Cemento
	Otro	Tierra
		Otro

6. Servicios básicos en la vivienda del paciente

Agua	
Luz	
Drenaje	
Teléfono	

SECCION # 2 -- CONDICION SOCIODEMOGRAFICA DE LOS PADRES DEL PACIENTE

7. Edad padres del paciente

Edad	Madre	Padre
15 - 20 años		
21 - 25 años		
26 - 30 años		
31 - 35 años		
36 - 40 años		
Mayor de 40 años		

8. Estado civil padres del paciente

Casados	
Solteros	
Unidos	
Divorciados	
Viudo/a	

9. Religión padres de paciente

Religión	Madre	Padre
Católica		
Evangélica		
Mormona		
Testigo de Jehová		
Otra		

10. Lugar de procedencia y residencia de los padres

	Padre		Madre	
Procedencia	Rural	Urbano	Rural	Urbano
Residencia	Rural	Urbano	Rural	Urbano

11. Escolaridad de los padres de paciente

Escolaridad	Madre	Padre
Alfabeta		
• Primaria		
• Secundaria		
• Diversificado		
• Universitario		
Analfabeta		

12. Ocupación de los padres

Ocupación	
Madre	
Padre	

13. Adicciones de padres del paciente

Adicción	Madre	Padre
Alcoholismo		
Tabaquismo		
Drogadiccion		
Otro		

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **“CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE ABUSO SEXUAL”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial